



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Psicoeducação: Uma Estratégia na Prevenção da Recaída na Pessoa com Perturbação Esquizofrénica

Por Celso Fernando Pasadas

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Psicoeducação: Uma Estratégia na Prevenção da

Recaída na Pessoa com Perturbação

Esquizofrénica

Por Celso Fernando Pasadas

Sob orientação da

Profª Doutora Francisca Roberto Manso

2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Sr^a Enf^a Chefe Ilda Baptista por me ter aceite no seu serviço, quando mais ninguém o fez. Foi graças à sua disponibilidade e compaixão pela minha situação, que me foi possível concluir este projecto em curso. Muito Obrigado!

À minha Orientadora de local de estágio, a Sr^a Enf^a Júlia Ribeiro por me ter proporcionado uma experiência de estágio rica e ter estado ao meu lado nas horas mais difíceis. Nunca a irei esquecer!

A toda a Equipa de Enfermagem e em especial à Sr^a Enf^a Maria José Costa Pereira, à Sr^a Enf^a Elisabete Dias, à Sr^a Enf^a Elsa Sebastião, à Sr^a Enf^a Sandra António e ao Sr^o Enf^o Fernando Raimundo por todo o apoio e disponibilidade afectiva!

À Sr^a Enf^a Idália e à Sr^a Prof^a Dr^a Francisca Manso pela vossa disponibilidade, orientação e empenho na concretização do meu percurso formativo.

À minha Mãe por continuar a apoiar-me e pelo seu amor incondicional.

Resumo

Este relatório teve como objectivo a análise reflexiva das competências desenvolvidas e adquiridas na unidade curricular de estágio, inserido no 4º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, servindo de documento de avaliação para a obtenção do título de mestre na área referida.

A psicoeducação, no contexto da esquizofrenia, é uma técnica que visa melhorar a compreensão da doença pelas pessoas doentes e suas famílias, melhorando o seu comportamento e atitude face à mesma. Pretende-se que as pessoas adquiram um papel mais activo no tratamento da sua doença, recebendo informação sobre os vários aspectos da mesma. Quando mais informada, capacitada e apoiada a pessoa estiver para os aspectos intrínsecos da sua doença, mais facilmente poderá ser o autor da sua própria vida, reconhecendo sinais e sintomas precoces de alerta que a conduzam a uma situação de recaída e de descompensação grave. Situação esta que acarreta consequências ao nível da degradação, qualidade de vida e reabilitação da pessoa, bem como um acréscimo do consumo de recursos hospitalares.

Tendo por base as necessidades encontradas no serviço de saúde mental e psiquiatria do espaço comunitário foi construído um programa de sessões de psicoeducação numa estrutura de apoio à pessoa com perturbação esquizofrénica.

A amostra foi constituída por 5 clientes masculinos de etnia branca. Um dos clientes é divorciado e todos vivem em família. Todos os clientes apresentam diagnóstico de esquizofrenia com tempo total de evolução de doença superior a 10 anos.

Foi feita a avaliação dos resultados comparando o momento inicial com o final de cada pessoa. Destaca-se um aumento do nível de conhecimentos no Questionário de Avaliação de Conhecimentos bem como uma deslocação positiva ao nível de alguns Indicadores de Avaliação (adaptado de Johnson et al 2005).

Palavras-chave: psicoeducação, prevenção da recaída, pessoa com esquizofrenia.

Abstract

The purpose of this report is to analyse and to reflect about my journey on developing skills acquired during the clinical practice in mental health and psychiatrics specialization course, serving as a document that will be object of evaluation for the attainment of the Master's Degree in the referred area.

Psychoeducation, in the context of schizophrenia, is a technique that aims to improve understanding of the disease for patients and their families, improving their behavior and attitude towards it. The aim is for people to acquire a more active role in managing their illness and getting information about various aspects of it. When more informed, empowered and supported one is for the intrinsic aspects of their disease, the more easily they can take charge of their own life, recognizing early signs and warning symptoms that can lead to a relapse. This situation has consequences in terms of degradation, quality of life and rehabilitation of the person as well as an increase in the consumption of hospital resources.

Based on the needs found in a psychiatric and mental health community service was built a program of psychoeducation sessions in a supportive structure for people with schizophrenic disorder. The sample was comprised of 5 male clients, all white. One client is divorced and all five live with their family. All clients have been diagnosed with schizophrenia and have more than 10 years of disease.

The evaluation of the results was made by comparing the initial time with the last of each person. Results show that there was an increase of the level of knowledge in the assessment of the Questionnaire of Knowledge as well as a positive displacement in some indicators of evaluation (adapted from Johnson et al 2005).

Keywords: psychoeducation, prevention of the relapse, person with schizophrenia.

Siglas e Abreviaturas

ACSM – Alto Comissariado para a Saúde Mental.

E.C – Estruturas Comunitárias

E.E – Emoção Expressa

ESMP – Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

R.P – Reabilitação Psicossocial

SIC – Segundo Informação Colhida

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

T.R – Terapeuta de Referência

Índice

	Pág
INTRODUÇÃO	1
1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	3
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. A Enfermagem e a Promoção da Saúde Mental na Prática de Cuidados	5
2.2. Definição de Alguns Conceitos: Stress, Vulnerabilidade e Emoção Expressa	8
2.3. A Perturbação Esquizofrénica	13
2.3.1. Perspectiva Biológica da Esquizofrenia	14
2.3.2. Perspectiva Psicológica da Esquizofrenia	16
2.4. O Insight e a Importância da Adesão ao Regime Terapêutico	16
2.5. A Reabilitação Psicossocial na Esquizofrenia	19
2.6. Benefícios da Psicoeducação na Esquizofrenia	25
2.7. Psicoeducação e Intervenção Cognitivo-Comportamental	28
2.8. A Autonomia e a Liberdade da Pessoa com Perturbação Esquizofrénica	30
3. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	32
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
4.1. Breve Abordagem ao Contexto de Estágio do Serviço de Internamento	35
4.1.1. Estudo de caso	35
4.1.2. Aplicação do Pré-teste	38
4.1.3. Limitações	38
4.2. Breve Abordagem ao Contexto de Estágio do Espaço Terapêutico Comunitário	39
4.2.1. Necessidades Psicoeducativas em ESMP	40
4.2.2. Programa de Sessões Psicoeducativas	40

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCATIVAS	41
5.1. Limitações	48
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FUTURAS	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
 ANEXOS	 65
Anexo I – Classificação Internacional de Graffar	66
Anexo II – Escala de Adesão à Terapêutica (MARS), adaptada de Vanelli et al 2011	72
Anexo III – Escala de Insight de Marcová e Berrios, adaptado de Vanelli et al 2010	74
Anexo IV – Indicadores de Avaliação, adaptados de Johnson et al 2005	76
 APÊNDICES	 81
Apêndice I – Resultado da Aplicação dos Instrumentos de Avaliação no Internamento	82
Apêndice II – Necessidades Formativas dos Clientes em Contexto Comunitário	87
Apêndice III – Momento Formativo e de Partilha de Experiências dos Clientes em Contexto Comunitário	89
Apêndice IV – Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos dos Clientes em Contexto Comunitário	97
Apêndice V – Diário de Aprendizagem	99
Apêndice VI – Questionário Sócio-demográfico	105
Apêndice VII – Estudo de Caso	117
Apêndice VIII – Folha de Necessidades de Informação	142
Apêndice IX – Questionário de Avaliação de Conhecimentos	144

Apêndice X – Programa de Sessões Psicoeducativas	150
Apêndice XI – Grelha das Sessões de Psicoeducação	195
Apêndice XII – Questionário sobre a Não Adesão Terapêutica	203
Apêndice XIII – Folha sobre Sinais Precoces de Alerta	205
Apêndice XIV – Folha sobre os Seis Passos de Resolução de Problemas	207
Apêndice XV – Folha sobre a Quem Recorrer em Caso de Crise	209
Apêndice XVI – Apresentação das Sessões de Psicoeducação aos Clientes	213
Apêndice XVII – Folha sobre uma Ementa Saudável	290
Apêndice XVIII – Folheto de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável	292
Apêndice XIX – Exemplo de Cronograma das Sessões Psicoeducativas	295

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1: Faixa Etária dos Clientes no Espaço Comunitário Terapêutico	41
Gráfico nº2: Grau de Escolaridade dos Clientes no Espaço Comunitário Terapêutico	41
Gráfico nº3: Resultados da aplicação da Classificação Social de Graffar	42
Gráfico nº4: Resultados da aplicação do Questionário de Avaliação de Conhecimentos	45
Gráfico nº5: Resultados da aplicação da Escala de Adesão à Terapêutica (MARS), adaptada de Vanelli et al 2011	46
Gráfico nº6: Resultados da aplicação da Escala de Insight de Marcová e Berrios, adaptado de Vanelli et al 2010	47
Gráfico nº7: Faixa Etária dos Clientes em Internamento	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resultado da aplicação da Escala de Adesão à Terapêutica (MARS), adaptada de Vanelli et al 2011 e da Escala de Insight de Marcová e Berrios, adaptado de Vanelli et al 2010 em contexto de estágio de internamento	84
--	----

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, tem como objectivo partilhar, analisar e reflectir sobre o meu percurso na aquisição de competências especializadas nesta área. A atribuição do título de Enfermeiro Especialista *“certifica um profissional com conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”* (REPE, 2007).

Durante a nossa vida sentimos a necessidade de estabelecer metas com vista a estruturar e a organizar melhor o futuro. O projecto profissional constitui-se como *“o planeamento de um conjunto de actividades a dar resposta às nossas necessidades individuais”* (Lopes et al 1999, p.27). Este compreende *“o conjunto de parâmetros que, momentaneamente, agem sobre o autor em vias de decidir o seu projecto: os constrangimentos e recursos do ambiente, as disfunções e problemas observados, o autor, a sua história, os seus desejos, as suas aspirações, as suas inclinações”* (Boutinet 1996, p.3).

Neste estágio propus-me a desenvolver competências especializadas no âmbito psicoeducacional, à pessoa com perturbação esquizofrénica *“mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”* (O.E. Caderno Temático 2009, p. 26). Ao desenvolver competências psicoeducativas pretendo sensibilizar e capacitar as pessoas doentes com recursos que lhes permitam evitar a recaída e por consequência a re-hospitalização e a melhorarem a sua qualidade de vida.

Este percurso foi efectuado em contexto hospitalar (serviço de agudos de um centro hospitalar) e em contexto comunitário (espaço terapêutico) da região de Lisboa. Prestaram-se cuidados a pessoas com perturbação esquizofrénica com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de ambos os sexos. Iniciei o meu percurso em contexto hospitalar, contactando com a realidade existente e posteriormente após o levantamento das necessidades psicoeducativas, efectuei um programa de sessões psicoeducativas, em que foram realizadas 8 sessões, numa

estrutura de apoio à pessoa com doença psíquica, na comunidade. Através da análise dos Indicadores de Avaliação (adaptados de Johnson et al. 2005), os 5 clientes apresentaram uma deslocação positiva, distribuindo-se pelos vários indicadores (Capacidade Cognitiva (0900); Conhecimento: Medicação (1808); Conhecimento: Processo da doença (1803) e Conhecimento: Recursos de saúde (1806)). Apresentaram um aumento do nível de conhecimentos no Questionário de Avaliação de Conhecimentos bem como um aumento do nível de satisfação em termos do Indicador “Satisfação” na Avaliação da Intervenção Grupal.

1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Apesar do conhecimento sobre as perturbações mentais e comportamentais ter crescido ao longo dos anos, existem ainda *“muitas variáveis desconhecidas que contribuem para o desenvolvimento das perturbações mentais, a sua progressão e o tratamento eficaz (...)”* (OMS 2001, p. 178). Os dados epidemiológicos são essenciais *“para a determinação das prioridades no âmbito da saúde e da saúde mental, bem como para projectar e avaliar intervenções de saúde pública”* (OMS 2001, p. 178). A magnitude do impacto das doenças psiquiátricas só se tornou mais evidente quando *“se reconheceu a enorme dimensão da incapacidade originada por estas doenças”* (Proposta do Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, 2007 p. 22). A nível mundial, mais de 12% da carga resultante de doenças em geral deve-se às perturbações psiquiátricas, crescendo este número para 24% na Europa. Em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices de cerca de 40% na Europa (OMS, 2001). Enquanto 1% da população tem esquizofrenia, 30% experiencia um conjunto de sintomas psicóticos até à idade dos 18 anos (McGrath et al 2008 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1). Relativamente à morbilidade ao nível dos cuidados de saúde primários, estudos efectuados na região centro do nosso país revelaram valores muito elevados de casos (40%) em indivíduos sem qualquer diagnóstico psiquiátrico prévio, particularmente no sexo feminino (Simões 1997 mencionado na Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, 2007, p.28).

Relativamente à prevalência tratada, os dados mais relevantes foram obtidos a partir do censo de 2001 realizado pela Direcção Geral de Saúde, ao nível dos serviços de psiquiatria, envolvendo as áreas de ambulatório, internamento e urgência: ambulatório – perturbações depressivas (21,5%), perturbações neuróticas (12,4%), esquizofrenia (12,4%), reacções de ajustamento (10,5%); unidades de internamento – esquizofrenia (36,2%), oligofrenia (28,1%), perturbações associadas ao álcool (7,0%), perturbações afectivas sem depressão (5,4%), síndromes

demenciais (5,3%) e perturbações depressivas (4,9%); serviços de urgência – perturbações associadas ao álcool (21,3%), perturbações depressivas (20,2%), perturbações neuróticas (12,2%), reacções de ajustamento (9,2%) (Bento 2003 mencionado na Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, 2007, p.29).

Os programas ligados à reabilitação da pessoa com doença mental devem trabalhar em parceria com a família e com as estruturas da comunidade de forma a manter ou potenciar as capacidades destas pessoas e a constituírem-se como redes de suporte na reabilitação das pessoas com doença mental grave.

O interesse em trabalhar a temática psicoeducativa do cuidar a pessoa com perturbação esquizofrénica, numa perspectiva reabilitativa e preventiva, deve-se à importância que o tema tem no contexto social e clínico e à necessidade de desenvolver competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Ao reflectir sobre estes aspectos, colocou-se a seguinte questão:

Que intervenções e estratégias psicoterapêuticas e psicopedagógicas utilizar no cuidar à pessoa com perturbação esquizofrénica tendo em vista o seu processo reabilitativo?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na filosofia de prestação de cuidados integrei uma abordagem eclética, mobilizando os conceitos e os valores que melhor se adequassem à compreensão da pessoa e da situação clínica, bem como dos seus recursos internos e externos. No entanto na práxis da ESMP a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1992) fez-me mais sentido.

2.1. A Enfermagem e a Promoção da Saúde Mental na Prática de Cuidados

Peplau (1992, p. 5), descreveu a enfermagem como sendo *“uma relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessitada de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”*. Assim sendo a enfermagem constitui-se como um processo significativamente *“terapêutico e interpessoal (...) funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades (...)”* (Peplau 1992, p. 14). Peplau (1992) citado por Townsend (2002, p. 40) refere que o enfermeiro deve *“ser capaz de compreender o próprio comportamento, ajudar outros a identificar as dificuldades percebidas e aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência”*. O enfermeiro na relação interpessoal com o cliente assume vários papéis que estão ligados às necessidades de cuidados, que decorrem num processo evolutivo, dentro das fases de orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1992).

Segundo Collière (1989) a pessoa é a razão de ser e de existir da enfermagem, constituindo-se o centro dos cuidados prestados. Cada pessoa é um ser singular e livre com uma dignidade intrínseca ao simples facto de existir. A singularidade de cada pessoa torna-a diferente de todas as outras, na medida em que sente, aprende, interpreta e reage de um modo que lhe é particular: *“Cada pessoa pode ser encarada como uma estrutura biológica – psicológica – sociológica – espiritual única, alguém que não reagirá da mesma forma que o outro. Cada pessoa*

aprende de modo diferente, a partir do ambiente diversificado, usos, costumes e crenças da sua determinada cultura” (Peplau 1952 citado por George 1993, p. 50). A pessoa é também entendida, como um ser de relação, estando não só em contacto com ela mesma, como também com os outros, com o meio físico e com o transcendente (Watson, 2002). Como ser social, é interdependente do seu meio humano, sendo esta interdependência tanto mais benéfica, quanto mais exercida num contexto de relações humanas baseadas na confiança, no respeito mútuo e na justiça (Watson, 2002).

A saúde é um bem inquestionável, constituindo a base do desenvolvimento pessoal, social e produtivo. A saúde é um *“estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo (...) a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Toda a pessoa tende para o equilíbrio e harmonia, *“lutando a seu modo para reduzir a tensão gerada pelas necessidades”* (Peplau, 1987 mencionado por George 1993, p.55), sempre em estreita interacção com o ambiente em que se desenvolve e vive, modificando-o e sofrendo a sua influência. Segundo Roy (1986) mencionado por Tomey e Alligood (2004, p.308), este envolve *“todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afectam o desenvolvimento e o comportamento das pessoas ou grupos”* e engloba *“as forças internas e externas que afectam e são afectadas pelo cliente, em qualquer altura”* (Neuman 1995, mencionado por Tomey e Alligood, 2004, p.338).

A saúde é influenciada pelo meio em que o ser humano está inserido, sendo aquele, por sua vez, condicionante da utilização do potencial de cada um, quer seja individual, quer seja colectivo. Peplau (1952) mencionado por Tomey e Alligood (2004, p.429), define-a como *“uma palavra símbolo que implica um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”*, estando relacionada com a *“condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada e*

reflectindo a capacidade dos indivíduos desempenharem as suas actividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e modelares” (Leininger 1991, mencionad por Tomey e Alligood, 2004, p.572). Neste contexto, cuidar consiste em ajudar o ser humano a reconhecer e utilizar o seu potencial, permitindo-lhe lidar com os problemas com que se depara no seu dia-a-dia, em determinado contexto (Collière, 1989).

Através do cuidar é possível fornecer ferramentas para que a pessoa e/ou família desenvolvam mecanismos de *coping* para enfrentar e lidar com as adversidades da dor e do sofrimento. O sofrimento é caracterizado por uma ameaça à integridade biológica e à integridade da pessoa enquanto indivíduo de acção que tem necessidades específicas (Kantorski, 2005).

A capacidade que o enfermeiro tem para se conhecer a si próprio permite-lhe estabelecer relações interpessoais variáveis. Para cuidar o outro, o enfermeiro precisa ter um profundo conhecimento de si, ou seja, deve *“ser capaz de compreender o próprio comportamento, ajudar outros a identificar as dificuldades percebidas e aplicar principios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência”* (Peplau, 1992). A autoconsciência *“exige que um indivíduo reconheça e aceite aquilo a que ele dá valor e aprenda a aceitar a singularidade e as diferenças nos outros”* (Townsend 2002, p.75). Segundo Travelbee (1971) mencionado por Townsend (2002, p.75), o uso terapêutico do eu consiste na *“capacidade de mudar a própria personalidade conscientemente e em plena lucidez na tentativa de estabelecer um relacionamento e de estruturar as intervenções de enfermagem”*. O enfermeiro na relação interpessoal com o cliente assume vários papéis que estão ligados às necessidades de cuidados (Peplau, 1992).

Segundo Goleman (1999, p.60), a *“noção de que existe pensamento puro, racionalidade desprovida de sentimentos, é uma ficção, uma ilusão baseada na desatenção aos humores subtis que nos perseguem ao longo do dia. Temos sensações acerca de tudo o que fazemos, pensamos, imaginamos, recordamos (...)”*. Para intervir de forma adequada, *“a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver (...) o papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meio complementares que lhe*

permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema” (Lazure 1994, p.13). Cuidar a pessoa constitui “um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionam e no qual o que é importante e o que é secundário depende das percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a singularidade da sua vida” (Hesbeen 2002, p.42).

A relação terapêutica é um instrumento do cuidar que permite a reintegração e reorganização da pessoa que padece de doença psíquica. Possui um conjunto de saberes e práticas destinadas à compreensão holística do ser humano nas suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades (Kantorski, 2005). A relação terapêutica constitui-se como um contracto entre o enfermeiro e o cliente, permitindo reconhecer quais as relações sociais, as perspectivas e fragilidades bem como o resgatar a autoconfiança, a autovalorização e a reinserção no mundo externo (Kantorski, 2005). A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, *“no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

2.2. Definição de Alguns Conceitos: Stress, Vulnerabilidade e Emoção Expressa

O *stress* pode ser visto como uma reacção do indivíduo a qualquer mudança que exija uma adaptação ou resposta que pode ser física, mental ou emocional. As respostas direccionadas a uma estabilização dos processos internos biológicos e que preservem a autoestima podem ser vistos como adaptação saudável ao *stress* (Townsend 2011, p.2). A resposta adaptativa foi definida como um comportamento que mantém a integridade do indivíduo (Roy, 1976 mencionado por Townsend 2011, p.2). A adaptação é vista como positiva e esta correlacionada com a resposta saudável.

Quando o comportamento perturba a integridade do indivíduo, este é entendido como mal-adaptativo. As respostas mal-adaptativas do indivíduo são consideradas negativas ou não saudáveis. O *stress* pode ser visto de três perspectivas: como resposta biológica, como evento ambiental ou como transacção entre o indivíduo e o ambiente.

Em termos de resposta biológica, podemos classificá-la em três estádios distintos: Estádio de Reacção de Alarme (respostas fisiológicas da síndrome de luta ou fuga); Estádio de Resistência (utilização das respostas do primeiro estádio como defesa numa tentativa de se adaptar ao agente stressante. Se ocorrer a adaptação, o terceiro estádio é evitado ou atrasado) e o Estádio de Exaustão (exposição prolongada ao agente stressante e ao qual o corpo se adaptou). A energia adaptativa esgota-se e o indivíduo já não consegue utilizar os recursos de adaptação descritos nos dois primeiros estágios (Selye 1956; 1974 mencionado por Townsend 2011, p.3).

Relativamente ao acontecimento ambiental, o *stress* é definido como um evento que desencadeia as respostas adaptativas fisiológicas e psicológicas num indivíduo. O acontecimento cria uma mudança no padrão de vida, requerendo ajustamentos significativos ao estilo de vida e sobrecarrega os recursos pessoais disponíveis. A alteração pode ser positiva, tal como uma conquista pessoal espantosa, ou negativa como ser despedido de um emprego.

Enquanto transacção entre o indivíduo e o ambiente são consideradas as características pessoais e a natureza do evento ambiental. Esta ilustração é semelhante ao conceito moderno de etiologia da doença. A casualidade já não é vista apenas como uma entidade externa; se a doença ocorre ou não, depende também da susceptibilidade do organismo receptor. Do mesmo modo, para prever o *stress* psicológico como reacção, devem ser consideradas as propriedades da pessoa em relação ao ambiente (Townsend 2011, p.5).

A determinação de que uma relação pessoa/ambiente em particular é stressante, depende da avaliação cognitiva do indivíduo da situação. A avaliação cognitiva é a avaliação que o indivíduo faz do significado do evento ou ocorrência. O evento precipita a resposta da parte do indivíduo e a resposta é influenciada pela avaliação do evento por parte do indivíduo. A resposta cognitiva consiste numa avaliação primária e secundária.

Na avaliação primária, segundo Lazarus & Folkman (1984) mencionado por Townsend (2011, p.5), estes identificaram três tipos de avaliação primária: irrelevante, benigna/positiva e stressante. Um acontecimento é considerado irrelevante quando o resultado não tem qualquer significado para o indivíduo. Um evento benigno/positivo é entendido como aquilo que dá prazer a um indivíduo. Uma avaliação stressante inclui prejuízo/perda, ameaça e desafio. As avaliações de prejuízo/perda referem-se a danos ou perdas já vivenciadas pelo indivíduo. Avaliações de natureza ameaçadora são entendidas como danos ou perdas antecipadas. Quando um acontecimento é avaliado como desafiador, o indivíduo foca-se no potencial de ganho ou crescimento em vez de se focar nos riscos associados ao evento. O desafio produz *stress*, apesar das emoções associadas a ele (entusiasmo e excitação) serem vistas como positivas e os mecanismos de *coping* devem ser evocados para enfrentar um novo encontro. O desafio e a ameaça podem ocorrer ao mesmo tempo quando um indivíduo experimenta estas emoções positivas juntamente com o medo ou ansiedade devido aos possíveis riscos associados com o evento desafiador.

Quando é produzido *stress* em resposta ao prejuízo/perda, ameaça ou desafio, é feita uma segunda avaliação pelo indivíduo. Esta avaliação secundária é uma avaliação das capacidades, recursos e conhecimento que a pessoa possui para lidar com a situação. A interação entre a avaliação primária do evento que ocorreu e a avaliação secundária das estratégias de *coping* disponíveis, determina a qualidade da resposta de adaptação do indivíduo ao *stress* (Townsend 2011, p.5).

Uma variedade de elementos influencia o modo como um indivíduo percebe e responde a um evento stressante. Estes factores predisponentes influenciam fortemente a opção entre uma resposta adaptativa ou mal adaptativa. Os tipos de factores predisponentes incluem as influências genéticas, experiências passadas e condições existentes. As influências genéticas são aquelas circunstâncias de vida de um indivíduo que são adquiridas através da hereditariedade. São exemplos as condições físicas, a história familiar, condições psicológicas (forças e fraquezas) e o temperamento (características comportamentais presentes na altura do nascimento e que evoluem com o desenvolvimento).

As experiências passadas resultam em padrões aprendidos que podem influenciar a resposta adaptativa de um indivíduo. Incluem a exposição prévia ao

agente stressor ou a outros agentes stressores, respostas de *coping* aprendidas e grau de adaptação aos anteriores agentes stressores. As condições existentes incorporam vulnerabilidades que influenciam a adequabilidade dos recursos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo para lidar com as necessidades adaptativas (Townsend 2011, p.7).

O primeiro modelo de vulnerabilidade ao *stress* foi proposto por Zubin e Spring em 1977. Segundo os mesmos certos *“factores endógenos e/ou exógenos provocam um estado de crise em todos os indivíduos, mas tal depende da intensidade dos factores de stress e do limiar de tolerância individual; a crise pode ser contida por homeostase ou pode provocar um episódio patológico”* (Zubin e Spring 1977 citado por Dalery e d’Amato et al 2001, p.86). A vulnerabilidade encontra-se numa relação com a ansiedade e com o episódio, onde resulta o interesse de diferenciar os marcadores de estado, que seriam específicos do episódio e os marcadores de traço que seriam específicos da vulnerabilidade. Zubin e Spring (1977) privilegiaram uma abordagem ecológica para descrever o seu modelo considerando que a saúde, num dado indivíduo, dependeria de factores físicos, sócio culturais, educacionais e económicos do “nicho ecológico” que ele ocupa (Dalery e d’Amato et al 2001, p.87).

Os marcadores de vulnerabilidade (marcadores de traço) que existiriam somente nas pessoas com esquizofrenia, seriam identificáveis antes do aparecimento do primeiro episódio. Seriam independentes da evolução clínica e poderiam ser de origem familiar ou não. Os marcadores derivavam, na sua maioria, dos modelos etiopatogénicos clássicos (neurobiológicos e perturbações das interações precoces).

Por oposição, existiriam também marcadores de invulnerabilidade cuja presença (ou ausência) nos familiares de pacientes esquizofrénicos, desempenhariam um papel protector contra o aparecimento de um episódio psicótico. O aparecimento, ou não, de um episódio psicótico resultaria assim de uma interacção entre o grau de vulnerabilidade individual, os factores de *stress* e variáveis moderadoras ou protectoras (Zubin e Steinhauer, 1981 mencionado por Dalery e d’Amato et al 2001, p 87).

Apesar do aparecimento destes modelos multifactoriais de vulnerabilidade, muitas investigações sobre a etiopatogenia da esquizofrenia mantiveram-se polarizadas nos factores genéticos e negligenciaram voluntariamente os aspectos ambientais. Zubin e Spring (1977) mencionado por Dalery e d’Amato et al (2001, p 88) diferenciam duas componentes da vulnerabilidade:

- Inata (origem genética, que se reflecte no “ambiente interno” e na neurofisiologia do organismo);
- Adquirida (origem ambiental, devido à influência de traumatismos, de doenças específicas, de complicações perinatais, de experiências familiares, da complexidade das interacções na adolescência e de outros acontecimentos de vida).

As experiências familiares constituem-se como preponderantes na estabilidade da pessoa com doença mental grave. A emoção expressa (E.E) é uma medida de observação do envolvimento familiar nas vidas das pessoas com esquizofrenia. Pessoas com esquizofrenia em que suas famílias expressem elevados níveis de crítica, hostilidade ou demasiado envolvimento, têm recaídas mais frequentes do que as pessoas com esquizofrenia de famílias que tendem a ser menos expressivas das suas emoções (Pharoah et al, 2010 mencionado por Kritzinger et al 2011, p.141).

O constructo da E.E compreende os seguintes factores comportamentais: crítica (desvalorização da pessoa doente e/ou autocrítica do próprio cuidador), hostilidade (atitudes que rejeitam a pessoa doente) e envolvimento emocional excessivo (super-protecção para com a pessoa, auto-sacrifício excessivo, auto-identificação). Devido ao reduzido grau de insight e à incapacidade de se defenderem daquela situação, poderão desenvolver comportamentos agressivos.

A taxa de recaída de mais de 50% é evidente quando os pacientes regressam a famílias com altos níveis de emoções expressas, comparado com uma taxa de 20% de recaída, quando os pacientes regressam a um *setting* de famílias com baixas emoções expressas (Kuipers 2006 mencionado por Kritzinger et al 2011, p.141). Famílias com baixa E.E apresentam características que reflectem a capacidade de reconhecer que o comportamento da pessoa se deve às manifestações da doença: acolhedora (bondade, empatia, preocupação, tom de voz) e reforço positivo (valorizar e dar apoio).

Os comportamentos de E.E não são patológicos e únicos em famílias com pessoas com doença mental, mas podem ser determinantes em pessoas com doença mental, vulneráveis ao *stress*. O facto dos cuidadores apresentarem estes comportamentos significa que não compreendem ou aceitam a doença do familiar

reflectindo que *“70% dos comentários críticos, focavam-se nos sintomas negativos da esquizofrenia e não nos delírios e alucinações das pessoas”* (Amaresha & Venkatasubramanian 2012, p. 13).

2.3. A Perturbação Esquizofrénica

A esquizofrenia desenvolve-se por uma combinação de múltiplos factores entre eles, biológicos, ambientais e genéticos que contribuem de diferentes formas para o aparecimento desta patologia (Neeb 2000, p.228). As perturbações do spectrum da esquizofrenia são caracterizadas pela presença de sintomas psicóticos, deficits cognitivos, má qualidade de vida e deterioração psicossocial. De todas as doenças que afectam as pessoas, a esquizofrenia é considerada a sétima mais incapacitante (WHO 2001 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1). Enquanto 1% da população tem esquizofrenia, 30% experiencia um conjunto de sintomas psicóticos até à idade dos 18 anos (McGrath et al 2008 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1). A maioria dos pacientes irão provavelmente experienciar múltiplos episódios de sintomatologia aguda que irão originar sequelas funcionais a longo prazo (Kasper 1999 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1).

O longo período prodrómico que antecede a procura do tratamento caracteriza-se por sintomas inespecíficos, tais como a dificuldade de atenção e concentração, insónia, ansiedade, isolamento social e irritabilidade. Estudos mostram que a demora na procura do tratamento tem uma influência fundamental no prognóstico da pessoa doente. Muitas vezes o período entre o início dos sintomas prodrómicos e o início do tratamento chega a durar vários meses ou anos (Neeb, 2000). O tempo de tratamento para obtenção da remissão também aumenta à medida que se sucedem os episódios psicóticos. Os indivíduos variam consideravelmente no seu padrão de sintomas e no curso da doença. Enquanto a maioria das pessoas irá recuperar da fase aguda da doença, apenas 14 a 20% irão recuperar na totalidade. Muitos irão melhorar, mas terão várias recaídas relacionadas com o *stress*, adversidade, isolamento social e má adesão ao tratamento (Wiersma et al, 2000).

A longo prazo (até cerca de 15 anos) mais de metade das pessoas diagnosticadas terão dificuldades episódicas e não contínuas. Um estudo de seis países europeus mostrou que mais de 80% dos adultos diagnosticados apresentavam problemas persistentes ao nível do funcionamento social. Constatou-se que o melhor indicador preditivo do funcionamento psicossocial pobre foi a análise do mesmo nos três primeiros anos pós-diagnóstico (Wiersma et al, 2000).

2.3.1. Perspectiva Biológica da Esquizofrenia

Os primeiros sintomas são muito comuns aparecerem na fase da adolescência, sendo a sua prevalência de 1%. Desta forma, o afastamento do mundo é considerado como característico da idade, o que leva a atrasar o diagnóstico e a mascarar a realidade. A esquizofrenia é uma doença que se manifesta por crises agudas com sintomatologia intensa. Quando há um abrandamento dos sintomas ocorrem períodos de remissão. Os quadros de esquizofrenia são vários sendo diferentes de pessoa para pessoa. Segundo o DSM-IV (1996, p.280) as *“características essenciais da esquizofrenia são um conjunto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos como negativos) que estiveram presentes durante uma importante parte do tempo durante um período de um mês (ou um período mais curto no caso de tratamento bem sucedido), com alguns sinais da perturbação persistindo durante pelo menos seis meses”*.

O diagnóstico é determinado pelo conjunto de sintomas e comportamentos que o indivíduo apresenta, pela história de como estes foram aparecendo e pela sua história de vida. Os sintomas positivos são: as alucinações (as mais comuns são as acústico-verbais); estas são normalmente depreciativas que humilham, reprovam e ameaçam provocando no indivíduo medo, insegurança e ansiedade. Em termos de perturbação do conteúdo do pensamento, destacam-se as ideias delirantes (conteúdo persecutório) podendo também existir alterações do limite do eu. Relativamente à sintomatologia negativa, destaca-se: a avolia, a apatia, défice no auto-cuidado, o embotamento afectivo e a anedonia (Casey, 2007). Existem vários subtipos de psicose-esquizofrénica (DSM-IV e CID-10) que reflectem a configuração que os sintomas clínicos apresentam em dado período.

A esquizofrenia paranoide é o subtipo mais frequente. As temáticas à volta do delírio são por vezes mal sistematizadas em redor de ideias sem fundamentação de perseguição, prejuízo, ciúme ou organizadas a partir de material alucinatório verbal, cenestésico ou auditivo. As alucinações auditivas podem adquirir um carácter assustador ou maléfico, serem de comando (incentivo a fazerem algo) ou prejurativas. Pode existir uma grande ansiedade e medo. Esta presente o isolamento, a desconfiança e a hostilidade (Casey & Kelly, 2007).

A esquizofrenia hebefrénica é mais comum nos jovens, instalando-se em idades muito precoces, sobretudo logo a seguir à puberdade. Muitas vezes é confundida com uma depressão ou crise neurótica, porque começa "insidiosamente" e apresenta quadros neuróticos como a introversão, o isolamento, problemas sexuais, dificuldades escolares, cansaço, etc. No entanto, os sintomas psicóticos manifestam-se rapidamente sob a forma de uma grave desagregação da vida psíquica em que três características se evidenciam: incoerência ideo-verbal, deterioração da afectividade e da volição (Cordeiro, 1986). O comportamento social regride e o contacto com a realidade atenua-se, verificando-se progressivamente uma deterioração da personalidade (DSM IV, 1996).

A esquizofrenia catatónica é a forma mais rara. O seu aparecimento é geralmente agudo e apresenta sintomas psicomotores, alterações da vontade e da emotividade. Verificam-se estados de estupor, negativismo, sugestibilidade ou reacções de obediência automática para repetir gestos. Muitas vezes dá-se uma mudança rápida entre estupor catatónico e agitação ou excitação catatónica (Neeb 2000).

A esquizofrenia residual caracteriza-se pela evolução prolongada da doença (cronicidade) com a presença de sintomas negativos. Esta presente o embotamento afectivo, sendo que a área pessoal e social se encontram mais deterioradas (DSM IV, 1996). Qualquer uma das formas apresentadas anteriormente evolui para este tipo, na maior parte dos casos.

2.3.2. Perspectiva Psicológica da Esquizofrenia

Na abordagem psicodinâmica, acredita-se que na esquizofrenia exista uma regressão, a níveis de desenvolvimento precoces, como a fase oral em que não há uma diferenciação entre o interno e o externo (Eu e o Outro). Existe a utilização de mecanismos de defesa do *eu narcísico* e de *baixo nível* como as defesas esquizóides, a clivagem e a projecção (Carvalho, 2011). O perfil materno destes indivíduos não se conseguiu adequar às necessidades precoces dos mesmos, usando o *double-bind* como forma frequente de comunicação. Relativamente ao pai, este será ausente ou demissionário, mas se se tornar interventivo, irá revelar-se como autoritário ou inflexível (Carvalho, 2011). A consequência de um modo de funcionamento característico de uma organização de relação de objecto pré-objectal e pré-genital é a actividade alucinatória ou delirante. Ao não ser possível apreender o outro como um objecto autónomo e total, não é possível separar o objecto externo verdadeiro, fonte de satisfação pulsional, da sua representação alucinatória. Face à angústia persecutória o indivíduo sentir-se-á desconfiado e em perigo. A dificuldade em espelhar ou imitar o outro leva à emergência da bizarria do comportamento. As angústias principais são a *fragmentação* ou a *dissolução do self* (Carvalho, 2011).

Segundo Arieti (1965) mencionado por Gameiro (1992, p.127) situações familiares e experiências da infância, adolescência e início da vida adulta tornam-se uma cadeia de causas e efeitos que eventualmente levam a uma precária forma de viver. Ao longo da sua vida a pessoa vulnerável tenta construir defesas psicológicas pelas quais tenta proteger a sua identidade, individualidade e autoestima. Quando as outras defesas provam ser insatisfatórias e ele não consegue aceitar-se a si próprio, desencadeia o que se chama de defesa psicótica.

2.4. O *Insight* e a Importância da Adesão ao Regime Terapêutico

O *insight* é um fenómeno complexo e multidimensional. Na década passada, os investigadores aumentaram a sua atenção para o fraco *insight* como uma importante característica da esquizofrenia e também da doença bipolar. Enquanto

que a etiologia do fraco *insight* permanece pouco clara, alguns estudos recentes fortaleceram a hipótese dos défices neuropsicológicos estarem na origem de casos de fraco *insight* que persiste através do tempo (Cardoso 2008, p.348). O fraco *insight* para a doença mental pode ser um factor preditivo importante no curso das perturbações psicóticas, principalmente em relação à adesão ao tratamento (Amador & Strauss, 1993 mencionado por Cardoso 2008, p.348). A inexistência de *insight* para a doença e para a necessidade de fazer medicação profilática para a recaída é um dos critérios fundamentais para a referência para um programa psicoeducativo.

O não reconhecimento persistente e grave da doença pode transtornar não só a relação da pessoa afectada com os que ama como também as suas oportunidades de recuperarem e levarem vidas mais satisfatórias e produtivas. É por esta razão que *“as intervenções que pretendem melhorar directamente o insight ou perceber as consequências negativas de um fraco insight (não adesão, isolamento social, indiferença a pessoas que lhes são queridas e sistema de saúde) deverão ser desenvolvidas”* (Cardoso 2008, p.349). Uma vez que o impacto desta patologia é sentido em muitos aspectos da vida do indivíduo, *“o tratamento efectivo desta perturbação deve ser direccionado a vários níveis, inclusivé em melhorar o insight da pessoa doente, para que, deste modo se promova uma adesão ao tratamento e se possibilite uma intervenção precoce com vista à prevenção de recaídas, através da participação activa das pessoas com este diagnóstico”* (Cardoso 2008, p.348).

A adesão ao regime terapêutico é um problema frequente, não só para pessoas com esquizofrenia, mas para pessoas com doença crónica no geral (Cañas et al 2013, p.98). Problemas com a adesão à terapêutica são particularmente comuns durante os estágios iniciais da esquizofrenia, com relatos de cerca de 59% dos pacientes a tornarem-se parcialmente aderentes ou não aderentes, nos 12 meses que se seguem ao primeiro episódio psicótico (Coldham et al 2002 mencionado por Cañas et al 2013, p.98).

Num largo estudo observacional de pacientes com esquizofrenia a não adesão à medicação antipsicótica durante o primeiro ano prediz pobres outcomes nos dois anos subsequentes (Ascher-Svanum et al 2006 mencionado por Cañas et al 2013, p. 98). A resposta ao tratamento também parece ser reduzida com as

sucessivas recaídas (Wiersma et al 1998 mencionado por Cañas et al 2013, p. 98). No entanto, as pesquisas indicam que as pessoas com esquizofrenia têm um conhecimento deficitário relativamente à sua medicação e doença e em lidar com os seus sintomas (Luderer & Blocker, 1993 mencionado por Landsverk & Kane, 1998, p.421). O tratamento estritamente farmacológico da esquizofrenia é insuficiente já que, para além da necessidade de adesão à terapêutica por parte dos doentes, nem sempre o cumprimento da prescrição garante a efectividade clínica (Pilling et al 2002, mencionado por Gonçalves-Pereira et al 2005, p.2).

As várias causas da não adesão distribuem-se por duas categorias: intencional e não intencional. A adesão não intencional ocorre quando a pessoa com doença quer seguir o tratamento acordado mas é incapaz de o fazer devido a um conjunto de *skills* ou habilidades necessárias para fazer a sua medicação de forma correcta, tais como o esquecimento ou a dificuldade em seguir as instruções (NICE 2009 mencionado por Cañas et al 2013, p. 99). A adesão intencional acontece quando o cliente toma a decisão consciente de não seguir o tratamento recomendado em resultado da sua percepção do tratamento e da sua falta de motivação para começar e continuar o seu tratamento (NICE 2009 mencionado por Cañas et al 2013, p. 99).

A não adesão é um obstáculo major na prestação de cuidados. Reconhecer que a maioria das pessoas com esquizofrenia estão em risco de serem parciais ou não aderentes é a chave para o direccionamento de esforços para melhorar o *outcome* destas pessoas. Através do conhecimento de factores, tais como o fraco *insight*, não adesão prévia, consumo de substâncias e atitudes negativas relativamente à medicação, permite identificar as pessoas de risco elevado de não adesão (Lacro et al 2002 mencionado por Cañas et al 2013, p. 99). Assim, as intervenções psicoterapêuticas que *“não ofereçam componentes de acompanhamento comportamental (i.e. ferramentas para resolução de problemas e de auto-monitorização) dificilmente terão impacto na mudança de comportamento, no que diz respeito à toma da medicação”* (Zygmune et al, mencionado por Donohoe 2006, p.210).

Estudos de longa evolução mostram que a esquizofrenia tem um trajecto heterogéneo, classificando-se a doença relativamente ao seu grau: baixo, moderado

ou severo. Após um episódio psicótico inicial, mais de 20% das pessoas têm um bom prognóstico, com apenas um ou dois episódios psicóticos durante o período de recovery (Haddad et al 2010, p.33). Mais de um terço dos pacientes apresentam um pobre *outcome* e continuada sintomatologia psicótica negativa. Entre estes dois extremos situam-se a maioria das pessoas, sendo que mais do que a maioria tem recaídas frequentes. Os factores associados à recaída além da fraca adesão à terapêutica, são: o consumo de substâncias, a elevada emoção expressa e a redução da dose do antipsicótico (Haddad et al 2010, p.33).

A recaída na esquizofrenia causa grande sofrimento à pessoa doente e à família. A recaída irá resultar num contacto mais frequente com os serviços de psiquiatria, que poderá ser sob a forma de admissão, apoio de uma equipa de crise ou um *imput* mais intenso da equipa de saúde mental da comunidade (Haddad et al 2010, p.34). A recaída leva normalmente ao absentismo laboral ou académico. Muitas vezes pode levar à perda de emprego, ao abandono escolar, sendo que o estigma associado à doença frequentemente exacerba as repercussões sociais da recaída (Haddad et al 2010, p.34). Estudos no Reino Unido (2004) calcularam os custos e *outcomes* pelo status da recaída, durante um período de 6 meses, numa amostra aleatória em pessoas com esquizofrenia. Os custos para as pessoas que recaíram eram mais de quatro vezes superiores do que para o grupo que não recaiu (Haddad et al 2010, p.34)

2.5. A Reabilitação Psicossocial na Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença crónica e grave caracterizada pelo fraco *insight* e má adesão ao tratamento. É estimado que cerca de três quartos das pessoas com esquizofrenia apresentem recaídas frequentes e contínuas incapacidades. Os achados dos estudos de follow-up, num período de 20 a 40 anos, sugerem que existe um moderado *outcome* positivo em cerca de metade das pessoas com esquizofrenia em contraste com uma proporção menor de pessoas com períodos de remissão longos sem recaídas (Brown et al, 2010).

Os estadios iniciais da esquizofrenia são frequentemente caracterizados pela repetida exacerbação dos sintomas tais como as alucinações, delírios e

comportamento perturbado e/ou desorganizado. Enquanto que uma proporção alta responde ao tratamento inicial com antipsicóticos, cerca de 80% irão recair nos 5 anos a seguir ao primeiro episódio, sendo parcialmente explicado pela descontinuação medicamentosa (Brown et al, 2010). É esperada uma recaída de 70% dos pacientes após o primeiro episódio (Muller 2004 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1).

O recovery na esquizofrenia é alcançado pela: resposta (manutenção da estabilidade); remissão (melhoramento do funcionamento, cognição e qualidade de vida) e autonomia e funcionamento social (Weiden & Zygmunt 1997 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.2). Para reduzir o fenómeno da rehospitalização é necessário desenvolver programas de reabilitação, preparação da alta, follow up das pessoas doentes em comunidade de forma estruturada (Gibson, 1999 mencionado por Duman et al 2010, p.658).

O tratamento da esquizofrenia assenta assim em *“três componentes principais: terapêutica para alívio de sintomas e recidiva; educação e intervenções psicossociais aos doentes e suas famílias, evitando recorrências e reabilitar os doentes a reintegrarem-se na comunidade e a recuperarem o funcionamento social, educacional e ocupacional”* (Cardoso 2008, p.349).

O tratamento farmacológico é fundamental, na medida em que permite obter melhores resultados, sobretudo quando combinado com a intervenção psicossocial que tende a minimizar o impacto de acontecimentos derivados do contexto em que a pessoa doente vive. Apesar de existir uma grande quantidade de evidência que indica que os tratamentos disponíveis têm um efeito poderoso e eficaz no controlo da esquizofrenia, a aderência à terapêutica e aos tratamentos psicossociais é notoriamente baixa (Donohoe 2006, p.207). Nas pessoas com perturbação esquizofrénica, a descontinuação da toma da medicação antipsicótica exarceba o risco de psicose aumentando as re-hospitalizações. A doença deve ser considerada nos seus diversos aspectos e o tratamento deverá actuar a vários níveis para conseguir manter ou reconduzir, completa ou parcialmente, o indivíduo a uma qualidade de vida aceitável (Cardoso 2008, p.349).

A reabilitação psicossocial consiste em *“ajudar o outro a ser o autor da sua própria vida naquilo que ela pode ter de mais pessoal e original”* (Navalhas & Jubilot

1996, p. 172). A reabilitação psiquiátrica promove a recuperação, a integração plena na comunidade e a melhoria da qualidade de vida, de pessoas a quem tinha sido diagnosticado algum problema de saúde mental, que prejudique seriamente a sua capacidade para levar uma vida com sentido (Marques & Queirós 2012, p.15). A ênfase da reabilitação é colocada nas capacidades positivas da pessoa doente e na tentativa de obtenção de *“uma maior autonomização (...) tal perspectiva pressupõe uma intervenção multidisciplinar de apoio contínuo, de forma a que, de toda a acção resulte uma função integradora, que vise proporcionar ao doente uma maior integração familiar, social e profissional”* (Navalhas & Jubilot 1996, p. 173).

Os serviços de reabilitação psiquiátrica são cooperativos e personalizados, tornando-se um elemento essencial no universo dos cuidados de saúde e serviços humanos. Centram-se na ajuda, permitindo às pessoas desenvolverem competências e acederem a recursos de suporte necessários para aumentar a sua capacidade em serem bem sucedidas e felizes no ambiente social, vida diária, trabalho e aprendizagem que escolherem.

O processo de reabilitação psiquiátrica procura ajudar as pessoas a determinar os seus papéis de vida diária, educação e trabalho que desejem alcançar (Marques & Queirós 2012, p.16). As pessoas são ajudadas a identificar o que sabem fazer bem (competências) e o que precisam ter (apoios ou recursos de suporte), para alcançarem os seus objectivos. O paradigma da reabilitação psiquiátrica permite-nos reconhecer não só os sintomas (défices) mas também a disfunção, a incapacidade e/ ou desvantagem das pessoas (Marques & Queirós 2012, p.17). A reabilitação psiquiátrica trouxe para a área da saúde mental a única base de valores para a reabilitação, a qual realça o envolvimento, a escolha, os pontos fortes do cliente, o potencial de crescimento, a tomada de decisão partilhada e a responsabilidade pelos resultados, por parte dos prestadores de serviços (Marques & Queirós 2012, p.18).

Parte da eficiência das diversas intervenções de reabilitação reside na relação que se desenvolve entre o profissional e a pessoa que recebe ajuda. O profissional pode facilitar o processo, sendo um ouvinte competente, empático e respeitoso (Marques & Queirós 2012, p.20). Ao dedicar-se ao cliente, o profissional aumenta as

hipóteses do processo de reabilitação psiquiátrica ajudar o mesmo a alcançar os objectivos desejados (Marques & Queirós 2012, p.24).

Segundo Farkas & Anthony (1989) a missão da reabilitação psiquiátrica passa por ajudar as pessoas com doença mental a melhorarem o seu funcionamento, de modo a serem independentes e a sentirem-se integradas nos contextos por si escolhidos. No relatório mundial de saúde (OMS, 2001) é referido que os principais objectivos centram-se na: ajuda das pessoas em restabelecer os papéis na comunidade e a reintegrarem-se na vida em sociedade; na facilitação do desenvolvimento de sistemas e de redes de apoio pessoal e social de longa duração e na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar através da promoção das competências individuais e sociais (Cordo, 2003).

O primeiro valor da Reabilitação Psicossocial (R.P) é a orientação para a pessoa. Implica que os programas de reabilitação devem ser baseados nas necessidades do cliente, procurando respostas efectivas para os seus problemas. Deve-se ter em consideração os interesses, motivações, capacidades, dificuldades e receios identificados em conjunto com a pessoa com disfunção psiquiátrica (Anthony et al, 2002).

O segundo valor da R.P centra-se no desenvolvimento de comportamentos positivos, na aquisição de competências e não no controlo de comportamentos negativos ou na cura de uma doença (Anthony et al, 2002; Pratt et al., 2002). Deve ser feita uma intervenção não só nas competências funcionais da pessoa, mas também no meio onde ela está inserida.

O terceiro valor associado à R.P é a opção de escolha e a possibilidade de envolvimento. As pessoas com incapacidade psiquiátrica devem poder ter direito à escolha e à forma como desejam viver a sua vida. As pessoas devem decidir livremente sobre todas as questões da sua vida e os profissionais têm o direito e o dever de respeitá-las e assessorar nessas decisões (Cordo, 2003; Guterres et al, 2001). Além disso, os membros da família desempenham um papel vital ao nível do planeamento e desenvolvimento dos programas de reabilitação, já que para os clientes a perspectiva dos familiares pode constituir um recurso fundamental para a sua recuperação (Cordo, 2003).

O quarto valor da R.P relaciona-se com a continuidade de cuidados em termos de acesso aos serviços, sempre que forem necessários (Anthony et al., 2002; Pratt et al., 2002).

O quinto valor defende que a reabilitação deve desenvolver-se dentro de um contexto específico. A influência do ambiente apresenta importantes implicações no modo como a pessoa funciona. A R.P centra-se no apoio às necessidades das pessoas em função dos papéis sociais que têm de assumir e das exigências impostas pelos contextos que escolheram para viver, aprender, trabalhar e divertir-se (Anthony et al., 2002).

O sexto valor refere que a finalidade da reabilitação não é a prestação de um serviço, mas promover alterações nas condições de vida das pessoas com doença mental, ajudando-as a atingir o sucesso e a satisfação. O método utilizado deve basear-se na definição de objectivos, na sua hierarquização, graduação e constante monitorização da sua persecução (Rodriguez et al., 2002).

O sétimo e último valor fala-nos no acreditar no potencial de crescimento da pessoa. É posta a ênfase no sucesso e na satisfação pessoal de escolher um contexto específico para atingir um nível de função independente na comunidade (Anthony et al., 2002). A recuperação implica a adopção de uma atitude positiva tanto por parte dos profissionais como por parte do sujeito e pessoas mais próximas, transmitindo esta atitude através de planos positivos de reabilitação (Rodriguez et al., 2002).

Na R.P a dependência de algo ou de alguém deve ser entendida como uma das fases do processo de recuperação e de aquisição da autonomia. Permite à pessoa sentir-se mais segura, autoconfiante, valorizada, satisfeita e mais preparada para o processo de reabilitação. Sendo a reabilitação orientada para a construção de um futuro com melhor qualidade de vida, todo o processo de intervenção deve ser conduzido tendo como base uma atitude de optimismo e esperança. A esperança e as expectativas positivas devem ser combinadas com as tecnologias de reabilitação (Anthony et al., 2002).

O processo de reabilitação é habitualmente dividido em três fases: diagnóstico de reabilitação, plano de reabilitação e intervenção em reabilitação (Anthony et al., 1990, 2002; Liberman, 1992, 1993; Pratt et al., 2002; Rodriguez et

al., 2002). De acordo com Liberman (1993) o processo de reabilitação é holístico e dinâmico, ajustado às características e necessidades de cada pessoa, ocorrendo com frequência a sobreposição ou oscilação entre estas fases pela necessidade constante de se clarificarem dúvidas, redefinir objectivos e estratégias e se assegurar a eficiência de todo o processo.

O diagnóstico de reabilitação centra-se na funcionalidade do indivíduo e procura a partir da perspectiva do cliente e de medidas de avaliação objectivas, descrever as competências e os recursos ambientais necessários à integração da pessoa no contexto por si seleccionado (Anthony et al., 2002). A fase de diagnóstico no processo de reabilitação psiquiátrica inicia-se com o profissional ou outro cuidador a auxiliar o cliente a autodeterminar a sua *readiness*. A definição do nível de *readiness* determina o percurso a seguir no processo de reabilitação. As pessoas que não estão preparadas ou que se sentem inseguras na definição do seu objectivo reabilitativo e no início do processo de mudança/recuperação, devem ser envolvidas em programas desenhados especificamente para apoiar-las. O profissional colabora com o cliente na construção dos objectivos globais de reabilitação e avalia as suas competências, recursos de suporte e défices relativamente aos objectivos a atingir (Marques & Queirós 2012, p.24). Em contraste com o diagnóstico psiquiátrico tradicional (descrição da sintomatologia) o diagnóstico de reabilitação fornece uma descrição dos comportamentos a adoptar para atingir e melhorar a *rediness* da pessoa. A fase de diagnóstico determina as competências actuais da pessoa e apoios necessários para ser bem sucedida e obter satisfação no contexto educacional, residencial, social e/ou vocacional. A informação proveniente do diagnóstico permite à pessoa criar um plano de reabilitação na fase de planeamento. (Marques & Queirós 2012, p.24).

Um plano de reabilitação difere da maioria dos planos de tratamento pelo facto dos objectivos do plano de tratamento estarem mais focados na redução de sintomas. Um plano de reabilitação especifica como se desenvolvem as competências da pessoa e/ou os seus recursos de suporte para alcançar os seus objectivos globais de reabilitação (Marques & Queirós 2012, p.25). É desenvolvido em colaboração com o cliente e fundamentado na informação recolhida na avaliação, devendo especificar as alterações pessoais e ambientais que são

necessárias concretizar para se atingir os objectivos de reabilitação (Rodriguez et al., 2002). Os objectivos devem ser mensurados e faseados de acordo com diferentes metodologias (objectivos a curto médio e longo prazo; gerais e específicos; ou através da hierarquização por prioridades) e estar associados às estratégias específicas para atingi-los (Anthony et al., 2002).

Na fase de intervenção, o plano de reabilitação é implementado para atingir os objectivos globais de reabilitação, mudando a pessoa ou o seu ambiente e desenvolvendo as competências das pessoas e/ou os recursos de suporte do ambiente da mesma (Marques & Queirós 2012, p.25). Relativamente ao desenvolvimento de competências, os profissionais de reabilitação podem utilizar dois tipos de estratégias: ensinar directamente as pessoas a utilizarem uma competência ou planear e monitorizar a utilização faseada da competência num contexto específico (Anthony et al., 2002; Rodriguez et al, 2002). A intervenção nos recursos (físico, humano) é desenhada também em função de dois tipos de estratégias: uma de coordenação (que procura articular a pessoa com um recurso existente que responde às suas necessidades) e a segunda de modificação, isto é, que pretende adaptar um determinado recurso ao cliente, por não funcionar da forma como o indivíduo necessita (Anthony et al., 2002; Rodriguez et al, 2002). Todas estas intervenções devem ser registadas regularmente de forma a se poder analisar a evolução verificada e efectuar se necessário ajustamentos às intervenções ou aos objectivos (Liberman, 1993).

2.6. Benefícios da Psicoeducação na Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica crónica que afecta aproximadamente 1% da população mundial (Kazadi et al 2008 mencionado por Kritzinger et al 2011, p.140). A não adesão à medicação tem sido considerada como a responsável pela recaída na esquizofrenia. A psicoeducação tem dado provas em conseguir reduzir significativamente as taxas de recaída das pessoas, melhorando o *recovery* e o bem-estar da família e as suas dinâmicas.

As abordagens psicoeducacionais têm sido desenvolvidas para aumentar o conhecimento das pessoas e o seu *insight* acerca da sua doença e maximizar a

eficácia do seu tratamento (Degmecié et al 2007, p. 111). Com o aumento do conhecimento é suposto que as pessoas consigam desenvolver mecanismos de *coping* eficazes para lidar com a sua doença, melhorando o seu prognóstico.

A psicoeducação, no contexto do tratamento da esquizofrenia, é uma técnica que visa melhorar a compreensão da doença pelas pessoas doentes e suas famílias, melhorando o seu comportamento e atitude face à doença. Dentro deste contexto, a pessoa adquire um papel activo no tratamento da sua doença. Procura-se fornecer informação às pessoas doentes sobre vários sintomas da sua doença, as suas etiologias, o tratamento e o curso da mesma, procurando melhorar a adesão à terapêutica e o próprio *insight* da pessoa face à doença mental. A partir daí visa-se estimular as pessoas doentes e famílias a comprometerem-se activa e criticamente com o tratamento (Cardoso 2008, p.350).

As intervenções psicoeducacionais proporcionam treino de competências bem como o reforço emocional. Podem ser conduzidas em pequenos grupos, fornecendo informação e apoio psicológico e social, de forma a reduzir sentimentos de ansiedade e a intensificar sentimentos de confiança. Estas intervenções são importantes no alívio de sentimentos negativos de familiares de clientes com esquizofrenia, tais como o fardo e o remorso (Maldonado et al. 2009, p.343).

Os programas de psicoeducação têm como objectivo *“aumentar o comprometimento dos familiares, de forma a estabelecer uma relação cooperativa e uma aliança terapêutica, de forma a alargar o seu conhecimento e compreensão da doença (...) o insight ganho pode ajudar a uma mudança de atitude relativamente à doença de forma a fornecer-lhes estratégias de resolução de conflito úteis”* (Maldonado et al. 2009, p.344).

A participação nesta forma de tratamento está associada à diminuição dos períodos de hospitalização, número reduzido de recaídas, melhoria do estado de saúde e do funcionamento psicossocial das pessoas bem como a melhor cooperação e aumento de conhecimento acerca da doença. A melhor abordagem psicoeducativa centra-se na tríade pessoa doente-família-terapeuta (Chadzynska & Chadzynska 2011, p.67). A psicoeducação é uma forma de terapia pela evidência. Providencia informação e educação à pessoa com doença mental grave sobre o diagnóstico, tratamento, recursos apropriados, prognóstico, estratégias comuns de

coping e direitos (Pekkala & Marinder, 2002). A quantidade de informação que uma pessoa necessita e em que medida a informação é disponibilizada, compreendida, relembrada ou usada vai depender de pessoa para pessoa. A informação dada deverá ser transmitida de forma contínua e gradual.

Investigações mostram que a maioria dos indivíduos com doença mental não aparece nos programas comunitários e que 70% destas pessoas não aparecem à sua primeira consulta pós-internamento (Kopelowicz et al 1998 mencionado por Duman 2010, p.658). Intervenções psicossociais para as pessoas internadas devem contemplar o reforço de que existe necessidade em aderir aos programas de acompanhamento na comunidade, de forma a ajudá-los a gerir as suas vidas e a diminuir o seu sentimento de falhanço pessoal e reintegrá-los na comunidade. A psicoeducação apresenta-se como a componente principal da intervenção psicossocial (Baker, 2000 mencionado por Duman 2010, p.658). Assim sendo, a psicoeducação fornece uma janela cognitiva que ajuda as pessoas a compreenderem a sua doença e o tratamento. As actividades sistematizadas e estruturadas assentes no trabalho de equipa, tal como a psicoeducação em grupos, são importantes na preparação da alta, motivando-os para a compliance do seu tratamento (Rindner, 2000 mencionado por Duman 2010, p. 658).

Um dos estudos mostrou que 71% das pessoas com doença mental crónica que estiveram em programas psicoeducativos, apresentaram maior conhecimento sobre antipsicóticos (Shin & Lukens, 2002 mencionado por Duman 2010, p. 658). Numa revisão sistemática da literatura, as pessoas que receberam psicoeducação aumentaram os seus conhecimentos, comparativamente com as pessoas que não receberam psicoeducação. Os programas estruturados que usavam o método escrito e oral foram considerados eficazes (Mostacchi & Evans 2004 mencionado por Duman 2010, p. 658).

A abordagem psicoeducativa traduz melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental e contribui para o alívio do sofrimento dos membros da família. Em termos de conteúdo obedecem aos seguintes princípios: adopção do modelo de vulnerabilidade ao *stress* para a esquizofrenia (complemento às terapêuticas farmacológicas); forte aliança terapêutica com a família, sendo a pessoa doente incluída; sessões preferencialmente domiciliárias; ênfase na

educação da família sobre a doença; orientação cognitivo-comportamental, com enfoque nas questões práticas do quotidiano; treino de comunicação; treino de resolução de problemas; melhoria do ambiente familiar; manutenção de expectativas realistas e treino de prevenção de recaídas (Fadden 1998 mencionado por Gonçalves-Pereira et al 2005, p.4).

Estas intervenções foram criadas para reduzir o *stress* do meio familiar, educando as famílias sobre a doença, meios de comunicar mais eficazmente com a pessoa doente de forma a melhorar *skills* para a resolução de problemas, para lidar melhor com a doença de forma a reduzir a hospitalização. A psicoeducação é um programa cognitivo, comportamental, educacional e de intervenções de suporte. É também de atmosfera psicoterapêutica com o objectivo de fornecer a informação necessária sobre a perturbação psicótica (Prasko et al 2011, p.387).

2.7. Psicoeducação e Intervenção Cognitivo-Comportamental

As intervenções de natureza psicoeducativa dirigidas para pessoas com psicose esquizofrénica centram-se fundamentalmente nos aspectos relacionados com o aumento do conhecimento sobre a doença e/ou na adesão a medicações anti-psicóticas. Vários estudos controlados randomizados desenvolvidos neste âmbito procuraram, por um lado, ensinar estratégias de auto-controlo dos sintomas (identificar sinais precoces de recaída, estratégias para lidar com sintomas persistentes e lidar com situações de crise) e por outro, ensinar a utilizar adequadamente a medicação (informações sobre os princípios activos, conhecimento das doses correctas, identificação dos efeitos colaterais, negociação da medicação com os profissionais), apresentando como resultados um aumento global de conhecimentos (Eckman et al., 1992; Smith et al., 1992; Hornung et al., 1998).

O programa psicoeducativo não inclui apenas transmissão de conhecimento. Durante as sessões são utilizadas estratégias terapêuticas que aumentam a capacidade da pessoa e promove o seu funcionamento. As sessões de psicoeducação fornecem conhecimento que está relacionado com o percurso da

doença e da cura, trabalhando os níveis cognitivos e emocionais (Chadzynska & Chadzynska 2011, p.67).

Alguns programas psicoeducativos têm por base um modelo cognitivo-comportamental, utilizado em terapia. Esta terapia cognitiva teve as suas origens no início de 1960, na pesquisa realizada por Aaron Beck (1963) sobre a depressão. Na sua pesquisa clínica emergiu a problemática do processamento cognitivo negativo nos pensamentos e sonhos nos seus doentes deprimidos (Beck & Weishaar, 2005 mencionado por Townsend 2011, p 300). Alguns teóricos inspiraram-se e expandiram o conceito original de Beck (1963). A terapia cognitivo-comportamental depende do desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva (Roth et al, 1996). O objectivo é ajudar a pessoa a tomar conhecimento das suas experiências psicóticas e as suas dificuldades de forma a reduzir o impacto do *stress* no seu funcionamento.

As intervenções de enfermagem de base cognitiva baseiam-se na avaliação dos esquemas cognitivos de um indivíduo, mais especificamente, na avaliação de acontecimentos de vida mais significativos e nas alterações cognitivas, emocionais ou comportamentos que daí resultaram. As intervenções cognitivas têm como objectivo a modificação das crenças distorcidas sobre uma situação. O foco do tratamento é na modificação de crenças distorcidas e nos comportamentos mal-adaptativos.

As intervenções psicoeducativas com base cognitiva são educativas, permitindo aumentar o nível de conhecimentos que pode ser usado na prevenção de recaídas. Permite à pessoa estabelecer objectivos, planear alterações comportamentais e a intervir em seu próprio nome (Townsend 2011, p.301).

Os pensamentos automáticos são aqueles que ocorrem rapidamente em resposta a uma situação e sem análise racional. Esses pensamentos são frequentemente negativos e baseados numa lógica errónea. Beck et al (1987) mencionado por Townsend 2011, p 301) chamou a estes pensamentos erros cognitivos comuns; a pessoa chega automaticamente a uma conclusão sobre um incidente sem os factos para a apoiar, por vezes mesmo com evidências contraditórias. Segundo Beck & Weishaar (2005) mencionado por Townsend (2011, p 303) as estruturas cognitivas contêm as crenças e pressupostos fundamentais da

pessoa. As estruturas de crenças desenvolvem-se cedo na vida a partir da experiência pessoal e da identificação com entes queridos. Estas estruturas de crenças podem ser adaptativas ou mal-adaptativas. Podem ser gerais ou específicas e podem ser latentes, tornando-se evidentes apenas quando desencadeadas por um estímulo stressante específico. As estruturas de crenças diferem dos pensamentos automáticos por serem estruturas cognitivas mais profundas, que servem para filtrar informações do ambiente. Por esta razão são frequentemente mais difíceis de modificar que os pensamentos automáticos. Habitualmente a terapia cognitivo-comportamental é bem sucedida nestas situações clínicas.

Para ajudar o cliente a ver um leque mais amplo de possibilidades do que aqueles que tinham sido consideradas originalmente, o terapeuta guia o cliente na criação de alternativas. Através da técnica “desconstruir catástrofes”, o enfermeiro ajuda o cliente a examinar a validade de um pensamento automático negativo. Mesmo que exista alguma validade, o cliente é depois incentivado a rever modos adaptativos de lidar com o mesmo, ultrapassando a situação de crise actual. Os benefícios das intervenções psicológicas e psicossociais, no tratamento da esquizofrenia, são inúmeros: podem contribuir para a diminuição da vulnerabilidade da pessoa; reduzir o impacto de situações stressantes; diminuição da incapacidade; minimização de sintomas; melhoria da qualidade de vida; redução do risco; melhoria da comunicação e mecanismos de *coping* e /ou melhorar a adesão ao tratamento.

2.8. A Autonomia e a Liberdade da Pessoa com Perturbação Esquizofrénica

A pessoa é um ser único, livre e autónomo “*porque, apesar de cada pessoa – enquanto ser biológico – comungar de vários aspectos todos eles idênticos em qualquer ser humano, é simultaneamente diferente de todas as outras pessoas. Ser livre e autónomo por estar dotado de liberdade e vontade próprias, o que lhe confere desde logo o direito à sua autonomia e a participar em todas as decisões que lhe dizem respeito*” Pacheco (2002, p.40). Neste âmbito, importa salientar, que “*a doença psíquica é em si mesma privadora de liberdade interior, e que tratar a doença é a melhor maneira de restabelecer um pensamento, uma sensibilidade e uma vontade saudáveis e, assim servir afinal a própria liberdade*” (Barreto 1998, p.321). Ao nível da responsabilidade e conduta profissional, o enfermeiro deverá

reconhecer e respeitar o carácter singular e a dignidade de cada indivíduo. Este reconhecimento da dignidade do ser humano, como um fim em si mesmo, possuidor de direitos, não é mais do que a expressão directa dessa mesma dignidade que engloba o respeito pelos princípios que lhe estão inerentes, nomeadamente o princípio da Liberdade. Pela complexidade dos cuidados prestados e pela proximidade, o enfermeiro *“é frequentemente referido na literatura da profissão como desempenhando o papel de “advogado” ou defensor do doente (...) só o será verdadeiramente quando o informar dos seus direitos, salvaguardando-lhe os interesses e intercedendo por eles, certificando-se de que o doente dispõe de todas as informações necessárias para tomar decisões fundamentais”* (Marques 2002, p.46).

É preciso destacar que esta proximidade na prestação de cuidados necessita de ter limites bem definidos de forma a não se tornar perversa. É necessário ter bem definido qual o papel que cada um ocupa, bem como ter presente que a pessoa doente se conhece melhor do que ninguém. Esta relação privilegiada e o poder dos símbolos institucionais, muitas vezes enviezam e inconscientemente restringem/coagem o poder de escolha da pessoa doente. A área da saúde mental e psiquiatria é um campo relacional por excelência onde o contexto da doença projecta reacções de conducta para com a pessoa doente (o que é meu e o que é do outro). É preciso não cair em paternalismos que sirvam para estigmatizar ainda mais a pessoa doente e ajudar a elaborar projectos de reabilitação que estimulem e motivem as pessoas doentes a manterem-se tão funcionantes quanto possível.

O Código Deontológico do Enfermeiro constitui-se como uma ferramenta fundamental à sua prática de cuidados na medida em que se baseia em princípios jurídicos e éticos fundamentais como é o caso da dignidade humana, a igualdade e a responsabilidade e elenca um conjunto de princípios e deveres para com os quais o enfermeiro se deve reger (Código Deontológico Do Enfermeiro, 2005).

3. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Em termos de contexto da prática, o desenvolvimento do meu estágio de especialidade realizou-se num serviço de psiquiatria da cidade de Lisboa, num serviço de internamento misto e num espaço terapêutico comunitário nos arredores de Lisboa. Durante este período de internamento fiz algumas incursões ao espaço comunitário que me permitiram um maior conhecimento deste espaço e das pessoas, para selecção dos participantes. Este relatório apresenta uma natureza mista descritiva, relatando o percurso psicoeducativo de 5 clientes com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos, com perfil de necessidades de intervenção a este nível. Durante o estágio de internamento fiz o pré-teste dos instrumentos.

O programa de sessões foi aplicado na íntegra no espaço terapêutico comunitário nos arredores de Lisboa, tendo por base as necessidades levantadas aos clientes com perturbação esquizofrénica. Foram elaboradas 8 sessões de psicoeducação em grupo, conduzidas semanalmente, organizadas por temáticas (ver apêndice XVI).

O primeiro contacto foi no Acolhimento (sessão com o título: Um Novo Começo), onde foram: apresentadas as sessões de psicoeducação; dadas considerações gerais sobre a psicoeducação; disponibilizada informação sobre a doença; dialogado sobre as formas de melhorar a adesão ao tratamento com vista à reabilitação; conhecidos os recursos individuais para lidar com a doença; promovidas expectativas positivas relativamente ao tratamento; colocado o foco na pessoa que tem uma doença e não na doença; feita troca de experiências e efectuado o primeiro momento de avaliação. Na sessão nº1 (com o título: Desmistificando a Doença), os clientes foram informados sobre: o significado dos conceitos saudável e doente; o conceito, manifestações e curso da esquizofrenia e a importância da adesão ao tratamento. Na sessão nº2 (com o título: A Prevenção é a Chave), os clientes foram informados sobre: quais os sinais precoces de alerta; os factores associados à recaída; os tipos de estratégias para evitar a recaída e a importância de uma rede de suporte. A sessão nº3 (com o título: Um Dia de Chuva) permitiu aos clientes serem informados sobre quais as vulnerabilidades da

esquizofrenia; as formas de tratamento da esquizofrenia; os fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia; as formas de administração da medicação e as consequências da suspensão da medicação.

Na sessão nº4 (com o título: Mente Sã, Corpo São) os clientes foram informados sobre estilos de vida saudáveis e sobre a importância da articulação com o médico de família. Na sessão nº5 (com o título: O Nevoeiro) foram dadas informações de forma genérica sobre os principais tóxicos e sobre o papel dos canabinóides no desenvolvimento da esquizofrenia. Na sessão nº6 (com o título: Temporal à Vista) os clientes foram sensibilizados para: o conceito de *stress*; estratégias a utilizar para lidar com o *stress* e os factores de sobrecarga. Foi solicitado aos clientes que participassem num role-play, mediado por um ego auxiliar, na concretização de uma situação stressante e feita a sua discussão em grupo.

Relativamente à sessão de Balanço Final (com o título: Um Dia de Cada Vez), foi pedido aos clientes que efectuassem uma apreciação dos conteúdos abordados e que dessem o seu *feedback* da progressão das sessões.

Para análise, avaliação e reflexão do programa de sessões de psicoeducação, foram construídos e adaptados instrumentos de avaliação que foram aplicados aos clientes (com perfil para o programa) no momento inicial e final. Os instrumentos utilizados foram:

- Questionário sócio-demográfico (Dados Sociodemográficos; História Pessoal e Social; Dados Clínicos/Avaliação do Estado Mental; Exame Físico; História Familiar; Utilização de Serviços e Pessoa de Referência) (ver apêndice VI);
- Classificação Social Internacional de Graffar (adaptado de uma escala original de 1956). Foi atribuída uma pontuação (de 1 a 5) em 5 critérios (1. A Profissão; 2. Nível de Instrução; 3. Fontes de rendimentos familiares; 4. Conforto da habitação; 5. Aspectos do bairro onde reside) procedendo depois à soma das pontuações, alocando a família num dos 5 escalões que ocupa na sociedade (Classe I – Classe Alta; Classe 2 – Classe Média Alta; Classe III – Classe Média; Classe IV – Classe Média baixa e Classe V – Classe Baixa) (ver anexo I);
- Questionário de Avaliação de Conhecimentos (Este foi composto por 17 questões de escolha múltipla sobre as características da doença, factores de *stress*, factores

desencadeantes da doença, tratamento e reabilitação, cuidados à saúde física e importância dos tóxicos) (ver apêndice IX);

➤ Escala de Adesão à Terapêutica MARS, adaptada de Vanelli et al 2011, escala dicotómica, composta por 10 itens (Os resultados mostraram que a MARS tem uma consistência interna (Cronbach $\alpha = 0,73$) e fiabilidade (Pearson $r = 0,76$; $p < 0,05$) aceitáveis. A versão portuguesa da MARS revelou-se um instrumento de fácil e rápida aplicação e uma escala com aplicabilidade e fiabilidade satisfatórias na avaliação da adesão à medicação em doentes psicóticos) (ver anexo II);

➤ Escala de Insight Marcová e Berrios, adaptado de Vanelli et al 2010, escala dicotómica composta por 30 itens (Os resultados mostraram que a escala tem uma consistência interna (Cronbach $\alpha = 0,80$) e fiabilidade interna para um intervalo de 2 dias de $0,78$ ($r = 0,78$; $p < 0,05$). Os resultados mostraram que a versão portuguesa da escala atingiu uma excelente fiabilidade e consistência interna, sendo uma escala de autopreenchimento de fácil e rápida administração) (ver anexo III);

➤ Folha de Indicadores de Avaliação, adaptados de Johnson et al 2005, composta por 4 indicadores individuais (Capacidade Cognitiva (0900); Conhecimento: Medicação (1808); Conhecimento: Processo da Doença (1803) e Conhecimento: Recursos de Saúde (1806)) e 5 itens de avaliação em grupo por sessão, numa escala tipo *likert* (Comportamento (1-Inquieto; 2-Agitado; 3-Desorganizado; 4-Adequado); Participação (1-Recusou integrar o grupo, sem justificação; 2-Recusou integrar o grupo, justificando-se; 3-Necessitou de estimulação; 4-Participou espontaneamente); Interação (1-Não interagiu; 2-Interagiu só quando solicitado; 3-Interagiu de forma espontânea); Atenção (1-Ausente; 2- Flutuante; 3-Presente); Satisfação (1-Ausente; 2-Presente ocasionalmente; 3-Presente)) (ver anexo IV).

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito deste projecto de estágio pretendia-se desenvolver algumas competências de âmbito psicoeducativo e de auto-conhecimento, para além de outras competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, e que foram desenvolvidas nos vários contextos de estágio.

4.1. Breve Abordagem ao Contexto de Estágio do Serviço de Internamento

O estágio efectuado no serviço de internamento em ESMP teve a duração de 12 semanas (317 horas). O serviço de internamento de agudos de psiquiatria onde realizei a primeira parte do estágio é específico para clientes com perturbação esquizofrénica. Em termos de estrutura, é composto por: 28 camas (2 quartos individuais e 1 de isolamento); 2 enfermarias e 2 salas de enfermagem; gabinete enf^a chefe; gabinetes para médicos e administrativo; sala de refeições; salas de estar e casas de banho. Presta cuidados personalizados a clientes em situação de crise/descompensação da sua doença com vista à sua estabilização, efectuando o planeamento da alta desde o início da hospitalização com o objectivo da reintegração e reabilitação psicossocial. Durante este período de estágio foi conhecido o *setting* e realizado o levantamento das necessidades dos clientes. Foram elaborados os instrumentos de avaliação e efectuado o pré-teste. Prestei cuidados a várias pessoas internadas das quais selecionei uma para apresentação de um estudo de caso, onde constam as reflexões, as intervenções e a forma como se estabeleceu a relação terapêutica com a mesma (ver apêndice VII) e diários de aprendizagem, dos quais selecionei um caso (ver apêndice V).

4.1.1 Estudo de Caso

De forma breve, apresento a situação de uma cliente a quem prestei cuidados, bem como as intervenções e a sua avaliação. A senhora D. Manuela (nome fictício), de 36 anos, é de raça negra e nasceu em Angola. Tem o 12º ano de escolaridade e vive com o marido e dois filhos (uma rapariga de 10 anos e um rapaz de 8 anos). Tem a profissão de técnica de acção educativa que não exerce. É testemunha de

Jeová. Relativamente à sua história pessoal e social, a senhora Manuela nasceu por parto normal. Não teve problemas de adaptação alimentar, com desenvolvimento psicomotor normal e bom relacionamento familiar. Em relação ao desenvolvimento na segunda infância refere: *“Na 1ª classe estive isolada... não sei porquê, mas não me dava muito com as outras crianças, mas depois melhorou...mas fui sempre reservada mas tinha amigos na escola”* (sic). Na adolescência refere que: *“sempre me aceitei bem... não foi complicado... não senti discriminação... caminhava, lia e saía até à praia... estive na PAMI dos 17 anos até aos 20 anos... gostava de me sentir útil e foi aí que decidi ser professora”* (sic). Relativamente à idade adulta: *“Aos 21 anos comecei a namorar com o meu marido, que foi o único... casei-me aos 24 anos... comecei a dar aulas dos 22 anos aos 24 anos... depois vim para Portugal devido à guerra”* (sic). A cliente foi seguida anteriormente em consulta no Hospital de Santa Maria. O último internamento foi em 2011. Em relação à avaliação psicopatológica, a cliente apresentou-se sem alterações do seu estado de consciência. Relativamente à orientação, a senhora D. Manuela esteve orientada alo e autopsíquicamente e no espaço, tendo apresentado desorientação temporal, numa fase inicial provavelmente pela duração do internamento e desorganização da doença. Esta cliente esteve internada perto de 2 meses.

Apresentou bom contacto, um discurso fluído e coerente com débito normal. Sem alterações da atenção. Apresentava ideias delirantes residuais, pouco sistematizadas de conteúdo persecutório e de auto-referência com algum dinamismo: *“eu quero acreditar que aquelas coisas que se passavam comigo não são reais... mas não tenho a certeza... é tudo muito estranho”* (sic). Com crítica parcial para a sua situação. Não foram apuradas alterações do limite do “Eu”. Apresentava humor eutímico e afectos mantidos.

Em termos de exame físico, a cliente apresentava: aspecto cuidado; aparência concordante com a idade real; pele hidratada e mucosas coradas; normotensa e normocárdica; IMC=20; sem alterações visuais ou auditivas; sem alterações a nível da marcha. Não refere cirúrgias. Não refere alergias, só *“a comida estragada”* (sic). Não fuma nem nunca experimentou drogas. Consumo muito esporádico de álcool. Com autonomia ao nível das actividades de vida diária.

Durante o acompanhamento foram identificadas necessidades de cuidados relativamente à gestão da sintomatologia psicótica, adesão ao tratamento e aos *skills* necessários para mobilizar recursos internos e externos que permitissem à cliente minimizar os impactos da crise. Recorri a McCloskey & Bulechek (2004) – Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), para melhor adequar às minhas intervenções ao nível do: Controlo das Alucinações (6510), da Intervenção na Crise (6160), do Controlo do Delírio (6440), do Melhoramento do Enfrentamento (5230), da Promoção do Envolvimento Familiar (7110) e da Mobilização Familiar (7120).

O resultado da implementação das intervenções ao nível do Controlo das Alucinações (6510) e do Controlo do Delírio (6440) tiveram visibilidade após 1 mês e meio. Esta cliente demorou imenso tempo a remitir da sua sintomatologia psicótica. Em parte por ocultação, por outro lado devido aos efeitos da sedação dos fármacos, que fizeram com que a cliente comesse a esconder a medicação. A partir do momento em que se implementou medicação em solução oral, conseguiu-se ter um controlo diferente e uma melhor adesão, permitindo efectuar ajustes ao nível da medicação mais sedativa. Em termos de estímulos ambientais, foi necessário mudar a cliente de quarto, isto porque a desorganização das outras clientes interferia com a reestruturação interna da mesma.

Relativamente ao Melhoramento do Enfrentamento (5230), tendo por base alguns indicadores adaptados de Johnson et al (2005) - Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), foram avaliados os conhecimentos iniciais e finais sobre a medicação e o processo da doença. Após a aplicação dos indicadores de avaliação sobre o conhecimento da medicação e o conhecimento do processo da doença, constatei que os conhecimentos da cliente se deslocaram de forma positiva, para os níveis imediatamente superiores, em todos os indicadores. Efectuei uma sensibilização para os aspectos mais importantes da adesão ao tratamento, ligados ao seu percurso individual: características da doença; sinais precoces de alerta; importância da adesão à terapêutica; tratamento e reabilitação.

No que diz respeito à intervenção na Crise (6160), foram várias vezes abordados com a cliente quais os sinais precoces de alerta e o que fazer em caso de descompensação, bem como os recursos que podia mobilizar. No entanto como a

sintomatologia positiva manteve-se residual interferindo na crítica para a sua situação morbida, não foi possível aprofundar recursos internos para lidar com a crise. Por fim, relativamente à Promoção do Envolvimento Familiar (7110) e à Mobilização Familiar (7120), foi fundamental o apoio prestado à família, na medida em que o facto de existir um espaço onde esta pudesse falar sobre as suas dúvidas e angústias os ajudou a consciencializarem-se mais acerca das suas dificuldades, a integrarem-se de forma articulada com os técnicos na colaboração da elaboração de um plano reabilitativo com a cliente. É um período de reorganização familiar e ao mesmo tempo de algum “descanso”, por saberem que o familiar esta a ser cuidado. Foi um óptimo momento para fazer psicoeducação de forma informal sobre sintomatologia, medicação, evolução da doença, tratamento e reabilitação.

4.1.2. Aplicação do Pré-teste

Foi realizado um pré-teste dos instrumentos a 6 clientes (3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino). Estes clientes aceitaram e reuniam condições para participar nas sessões de psicoeducação. Todos os participantes tinham o diagnóstico de esquizofrenia, sem história conhecida de duplo diagnóstico. Todos apresentavam tempo total de evolução da doença superior a 15 anos. Todos eram de etnia branca e da área geodemográfica de responsabilidade do hospital (ver apêndice I).

4.1.3. Limitações

O programa psicoeducativo não foi implementado devido a alguns constrangimentos:

- Clientes em descompensação, com remissão demorada;
- Clientes com avançada cronicidade;
- Curto espaço de tempo no internamento;
- Comprometimento da atenção e concentração devido aos ajustamentos farmacológicos;
- Comprometimento severo do insight;

- Recusa do próprio;
- Dificuldade na construção de grupos de partilha;
- Dificuldade em implementar as sessões na sua totalidade;
- Psicoeducação dos aspectos mais imediatos, feito pelo psiquiatra;
- Serviço em reestruturação.

4.2. Breve Abordagem ao Contexto de Estágio do Espaço Terapêutico Comunitário

O estágio em contexto comunitário teve a duração de 6 semanas (158 horas). A área de dia do espaço terapêutico comunitário, é um serviço de carácter ambulatorio, com objectivos reabilitativos no âmbito da saúde mental. Destina-se a pessoas com doença mental grave, residentes no concelho de abrangência, com indicação médica para frequentar este espaço e tem como principal objectivo o envolvimento do cliente e seus cuidadores na aplicação de um plano terapêutico individual, com actividades organizadas de forma a promover a melhoria do bem-estar geral e a integração social, profissional e pessoal. Tem uma equipa constituída por uma enfermeira, uma psicóloga, vários psiquiatras, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. Neste espaço são realizadas: consultas de enfermagem; consultas de psiquiatria; consultas de psicologia; intervenção e acompanhamento do serviço social; técnicas de abordagem corporal/movimento e relaxamento e terapia ocupacional. A enfermeira dinamiza: a reunião de grupo de famílias; o grupo de adesão à terapêutica; o grupo de atendimento ao regime terapêutico depôt e faz visitas domiciliárias. Tem uma capacidade máxima de 18 clientes. Funciona nos dias úteis da semana das 09h30 às 13h e das 14h às 15h30.

Neste estágio tive como objectivo: conhecer o serviço; conhecer a equipa terapêutica; fazer o levantamento de necessidades em termos de formação e apoio aos clientes com perturbação esquizofrénica e realizar o programa psicoeducativo.

4.2.1. Necessidades Psicoeducativas em ESMP

Após o levantamento e a análise das necessidades formativas dos clientes foi elaborado um programa psicoeducativo. Emergiram temas ligados às abordagens terapêuticas e ao curso da esquizofrenia, bem como necessidades de informação sobre a perturbação obsessivo-compulsiva. Os clientes sentiram também a necessidade de terem mais informações sobre a importância das estruturas de reabilitação bem como outras informações genéricas sobre a doença mental (ver apêndice II e VIII).

4.2.2. Programa de Sessões Psicoeducativas

O programa psicoeducativo foi constituído por 8 sessões e foi conduzido semanalmente. Foi implementado num grupo aberto, em que todas as semanas entravam clientes. Tal característica tornou mais difícil a condução das sessões, obrigando a efectuar pontos de situação bem como a inclusão dos novos clientes nas dinâmicas das sessões (ver apêndice X e XI).

Neste Estágio Comunitário aplicaram-se os seguintes instrumentos, referidos nas opções metodológicas:

- Questionário sócio-demográfico;
- Classificação Social Internacional de Graffar (adaptado de uma escala original de 1956);
- Questionário de Avaliação de conhecimentos;
- Escala de Adesão à Terapêutica MARS (adaptada de Vanelli et al 2011);
- Escala de Insight Marcová e Berrios (adaptado de Vanelli et al 2010);
- Indicadores de Avaliação (adaptados de Johnson et al 2005).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCATIVAS

Dos 10 clientes que frequentavam o espaço comunitário, 6 aceitaram participar nas sessões de psicoeducação. Os restantes não foram integrados devido à concretização de projectos individuais de reabilitação em curso. 1 cliente abandonou o programa de sessões. Todos os 5 clientes eram do sexo masculino.

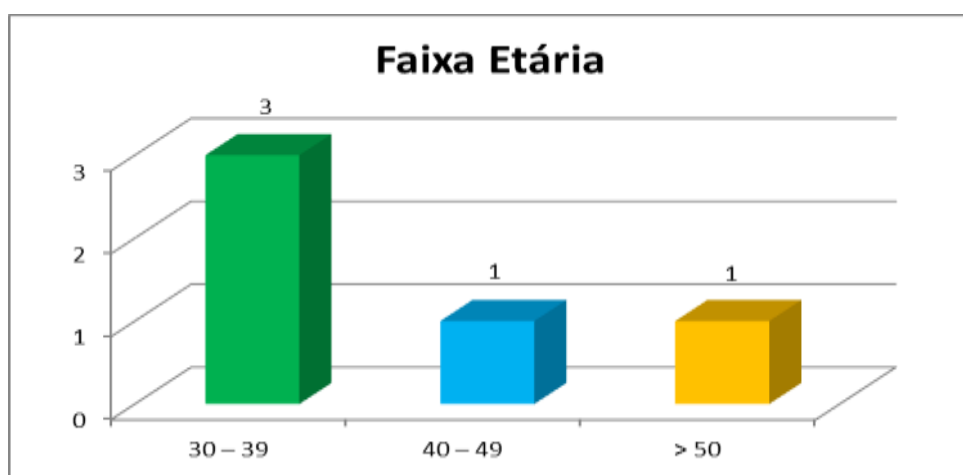


Gráfico nº1: Faixa Etária

Dos 5 clientes que integraram o grupo psicoeducativo, 1 é divorciado. Todos viviam em família. Todos são de etnia branca.



Gráfico nº2: Grau de Escolaridade

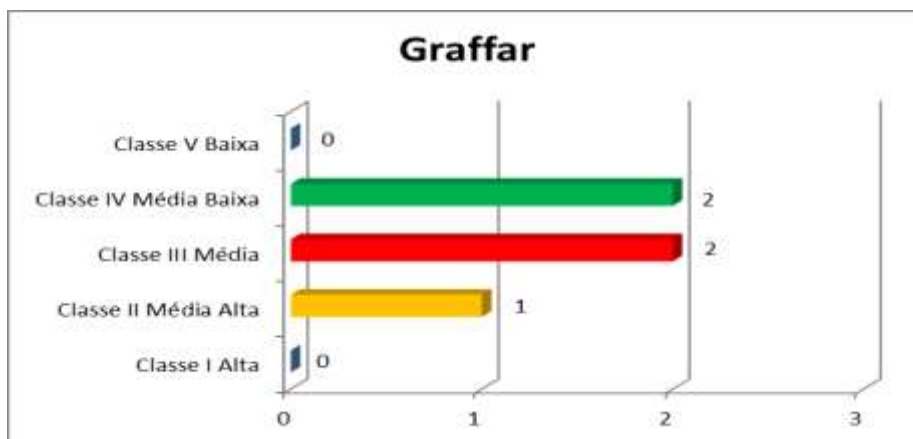


Gráfico nº3: Classificação Social de Graffar

Todos os clientes que constituíram a amostra tinham o diagnóstico de esquizofrenia e apresentavam um tempo total de evolução da doença superior a 10 anos. Dos 5 clientes, 1 fazia terapêutica injectável de libertação prolongada, mensal. Todos eram da área geodemográfica de responsabilidade do hospital.

Em cada sessão de psicoeducação, foi solicitado aos clientes que descrevessem a sua opinião e sentir sobre as várias temáticas apresentadas, como forma de desmistificar, ventilar e promover o aumento de conhecimentos sobre a sua situação de saúde (ver apêndice III). Devido ao reduzido número de folhas a que este relatório está sujeito, irei-me reportar às descrições com impacto mais significativo:

Sessão nº 1: Desmistificando a Doença

Foi pedido aos clientes que escrevesse sobre a sua experiência com o estigma na doença mental. Os clientes identificaram: o facto de pertencerem a serviços específicos da saúde mental e de estarem a fazer uma formação em estruturas que não são da saúde mental. Salientaram a pouca disponibilidade da população em geral e a necessidade de sensibilização para a problemática da doença e do tratamento como “plataforma de igualdade”.

Relativamente à forma como a doença tem afectado os clientes, estes mencionaram um impacto reduzido devido à toma da medicação, o que se repercutiu na melhoria de sintomas, permitindo uma maior aceitação da doença e uma melhoria a nível relacional. A adesão à terapêutica é um grande obstáculo à prevenção da recaída. Aproximadamente um terço dos doentes em ambulatório com esquizofrenia não são aderentes à medicação, com cerca de 75% dos pacientes com esquizofrenia a tornarem-se não aderentes à medicação após dois anos à alta hospitalar (Weiden & Zygmunt 1997 mencionado por Cañas et al 2013, p. 98)

No que diz respeito ao conceito da esquizofrenia, os clientes referiram que se tratava de uma doença mental que se manifestava por: ouvir vozes, rigidez e tremor. Um participante defendeu que a doença estava relacionada com uma saúde mental deficiente, enquanto que outro respondeu que era consequência de uma depressão (com atitudes específicas e com sintomatologia específica que devia ser vigiada). Uma outra pessoa referiu que a esquizofrenia interferia no funcionamento cerebral e que provocava isolamento. As pessoas que sofrem de esquizofrenia apresentam uma fragmentação entre os seus pensamentos, sentimentos e a realidade individual e a social. A doença exhibe uma combinação de vários sintomas, como: delírios, alucinações, discurso e pensamento desorganizado (Neeb 2000, p.229).

Sessão nº 2: A Prevenção é a Chave

Os clientes nesta sessão referiram que antes da intervenção e apoio das estruturas de saúde se encontravam: mais isolados, irritados, com delírios persecutórios, sem prazer para as actividades do dia-a-dia, com comportamentos obsessivos e fobia social e que após a intervenção das estruturas existiu uma melhoria relacional e também ao nível da organização dos pensamentos. Cnaan et al (1988) defendeu que a reabilitação psicossocial é um processo que facilita a restauração individual de um nível óptimo de funcionamento independente na comunidade. O processo enfatiza o bem-estar do indivíduo tendo em conta as múltiplas esferas do funcionamento humano, estimulando a sua participação activa

ao longo da reabilitação. Os serviços de reabilitação constituem-se aqui como agentes de mudança, permitindo às pessoas desenvolver capacidades e mobilizar recursos internos e externos para a concretização do seu projecto reabilitativo.

Sessão nº 5: O Nevoeiro

Quando solicitado aos clientes, sobre quais as “drogas” que conheciam estes apresentaram um conhecimento significativo acerca das substâncias mais consumidas. No que diz respeito aos motivos dos consumos de substâncias tóxicas, os clientes referiram que estavam ligados: à gestão de problemas do quotidiano; a uma pressão social ou mesmo para um alheamento de responsabilidades. Os clientes não apresentavam história de consumo de tóxicos, talvez por isso se apresentassem mais críticos nas suas opiniões (ver apêndice X).

Sessão nº6: Temporal à Vista

Nesta sessão quando foi pedido aos clientes para referirem o que significava o conceito de stress, estes relacionaram-no com: intranquilidade; conflitualidade entre familiares e terceiros; cansaço; ansiedade descontrolada; vida de excessos; preocupações e tensões nervosas acumuladas devido à exigência social. Nesta sessão pediu-se também para abordarem quais as estratégias mobilizadas quando se sentiam mais stressados, tendo-se realizado um role-play. Foi uma sessão em que os participantes se mostraram interessados e satisfeitos tendo emergido os seguintes temas: falar em público; arranjar-se para sair de casa, quando se acorda atrasado e gerir a medicação, quando está quase a acabar.

Lazarus & Folkman (1984) mencionado por Townsend (2011, p.5), definem *stress* como uma relação entre a pessoa e o ambiente que é entendida pela pessoa como algo que a sobrecarrega ou excede os seus recursos e põe em risco o seu bem estar. Um evento precipitante é um estímulo decorrente do ambiente externo ou interno e que é entendido pelo indivíduo de um modo particular. A E.E é o maior *stressor* psicossocial e está em directa associação com a recorrência da doença (Amaresha & Venkatasubramanian 2012, p. 12). Pesquisas sobre a E.E mostram

que as pessoas com doença mental que vivem com familiares que têm atitudes negativas, têm mais probabilidade de recaír.

Balanço Global

Em termos de balanço global das sessões, os clientes verbalizaram o agrado e mostraram satisfação através dos indicadores de resultado. Destacam-se as orientações sobre a saúde física e a génese da esquizofrenia. No final, foi feita uma entrevista informal individual para esclarecimento de dúvidas e reforço da informação transmitida em outras sessões.

Após análise das respostas dos instrumentos de avaliação constata-se que da avaliação inicial para a final:

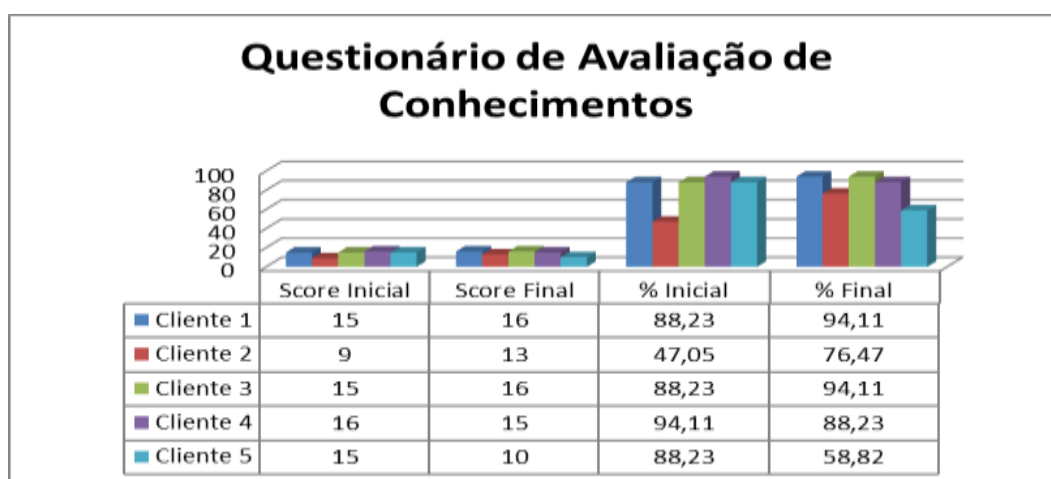


Gráfico nº4: Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Dos 5 clientes em avaliação, 3 apresentaram aumento dos seus níveis de conhecimento, 1 manteve o seu score de conhecimentos e 1 apresentou respostas com nível inferior do seu score de conhecimentos. Posso inferir pelo conhecimento da sua situação clínica que neste dia a pessoa se apresentava com mais actividade delirante espontânea e menor capacidade de atenção e concentração (ver apêndice IV).

De uma maneira geral constatou-se que os clientes:

- Apresentaram um aumento de conhecimentos, deslocando-se positivamente em 10 questões;
- Mantiveram o não reconhecimento da resposta correcta em 5 questões. Estes distribuíram-se da seguinte maneira:

8 – *Para tratar a Esquizofrenia deve-se tomar...antidepressivos.* (1)

11 – *Após o internamento é importante alimentar-se e fazer exercício físico.* (1)

15 – *As drogas como o haxixe, a cocaína, a heroína...provocam habituação.* (1)

15 – *As drogas como o haxixe, a cocaína, a heroína...dão prazer e depois ressaca.*
(1)

17 – *É importante lidar com o stress porque... nenhuma das anteriores.* (1)

a. *Posso ter uma recaída e ficar doente*

b. *Posso ficar nervoso*

c. *Posso não arranjar trabalho*



Gráfico nº5: Escala de Adesão à Medicação (MARS) adaptada de Vanelli et al 2011

Dos 5 clientes que integraram a amostra, 2 aumentaram o seu score, 2 mantiveram, enquanto que 1 cliente diminuiu o seu score. Este apresentou mais actividade delirante espontânea e menor capacidade de atenção e concentração.

Relativamente à toma da medicação, os clientes referem que o motivo da descontinuidade se deve ao facto de: não existir doença; ter de fazer todos os dias; dificuldade em lembrar de tomar a medicação e alteração dos horários da toma (ver apêndice XII).



Gráfico nº6: Escala de Insight Marcová e Berrios adaptado de Vanelli et al 2010

Todos os 5 clientes apresentaram uma diminuição no seu score final de insight:

- Flutuação da doença (terem mais/menos crítica para a sua situação mórbida);
- Último score ser representativo do insight real.

Após a utilização dos Indicadores de Avaliação (adaptados de Johnson et al 2005), os 5 clientes apresentaram uma deslocação positiva, distribuindo-se pelas frequências de participantes, da seguinte maneira:

- Capacidade Cognitiva (0900) – 1

- Conhecimento: Medicação (1808) – 1
- Conhecimento: Processo da doença (1803) – 5
- Conhecimento: Recursos de saúde (1806) – 5

Relativamente à Avaliação da Intervenção Grupal, os 5 clientes:

- Não apresentaram alterações nos itens “Comportamento” e “Atenção”;
- Apresentaram uma diminuição dos itens “Participação” e “Interacção” (flutuações discretas);
- Apresentaram um aumento do nível de satisfação.

O programa de sessões psicoeducativas foi implementado num grupo aberto, em que todas as semanas entravam clientes. O facto do último momento de avaliação do programa ter sido um role-play e ter sido assistido por outros profissionais de saúde poderá ter contribuído para que a oscilação da avaliação final não fosse tão boa.

5.1. Limitações

- Grupo aberto;
- Amostra pequena;
- Sensibilidade dos instrumentos;
- Grupo com grandes dificuldades de elaboração;
- Tempo reduzido de estágio.

Em termos de apreciação global consegue-se perceber que existiu uma deslocação positiva relativamente aos conteúdos apreendidos. Um dos indicadores que mais me fez reflectir foi o da Escala de Insight. Tendo em conta a magnitude deste projecto e o tempo reduzido de estágio, não foi possível aplicar este programa sessões de psicoeducação nas condições ideais.

No entanto, penso que o que se constituiu como fundamental no tempo em que estive com o grupo foi a relação estabelecida. O poder dos símbolos, num contexto controlado e dirigido pelo profissional, pode enviezar os outcomes reais. Tal como nas relações precoces em que a criança tenta “conquistar” a atenção e o amor dos pais, fazendo de tudo para agradá-los, existe aqui um desempenho de papéis. Winnicott (1962) mencionado por Carvalho (2011) afirmou que o desenvolvimento da criança era guiado pela necessidade inerente de aprender, crescer e de se adaptar ao ambiente. O desenvolvimento saudável da criança depende da presença da mãe suficientemente boa (*good enough mother*). O que a caracteriza é o facto de esta proporcionar à criança suporte ao ego, ou seja, ir de encontro às necessidades da criança. Metafóricamente nesta perspectiva foi o que fiz neste período de estágio.

Para Bion (1962) mencionado por Carvalho (2011) a relação precoce é composta por um continente, a mãe e um conteúdo (o bebé) que fornecerá um equivalente psíquico no decurso do desenvolvimento da mente do bebé. O continente serve como elemento contendor para as identificações projectivas do bebé, sendo fornecido pela capacidade de *réverie* da mãe real. O conceito de contido ou conteúdo refere-se às necessidades frustradas do bebé carente de um continente materno, flutuando a sua capacidade de tolerância em função das suas necessidades pulsionais excessivas bem como da capacidade continente da mãe externa real (Carvalho, 2011).

Neste contexto, a metáfora da mãe e do bebé transpõe-se para o enfermeiro e para o grupo. Os clientes estavam em diferentes níveis de estadio da doença, conhecimento e de relação, sendo um grupo aberto. Penso que os resultados desta escala tiveram aquela oscilação, porque a relação estabelecida com o grupo permitiu-lhes manifestarem o seu verdadeiro *self* e revelarem as suas verdadeiras dificuldades. O facto de ser um espaço para os clientes usarem e pensarem, permitiu-lhes sentirem-se seguros, estabelecendo uma aliança terapêutica num espaço contendor que permitiu uma revelação progressiva. Assim, podemos dizer que a aliança terapêutica pode ser definida como uma relação positiva e estável entre terapeuta e cliente (Gomes et al 2008, p.110).

É preciso que o enfermeiro saiba ouvir o que os clientes têm para dizer: as suas necessidades, as suas dificuldades, as suas preferências, respeitando o ritmo,

as características pessoais e, principalmente, a realidade experiencial em que a dupla se encontra a cada momento da relação.

As necessidades apresentadas neste grupo foram essencialmente de nível fisiológico. Maslow (1954) mencionado por Lester (2013) propôs a classificação das necessidades básicas em 5 categorias: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de pertença, necessidades de estima e de realização pessoal. Ele teorizou que estas necessidades apareciam de forma sequencial à medida o ser humano sobe na escala filogenética e se vai desenvolvendo ao longo do seu ciclo de vida. Sabemos que quanto mais estas necessidades básicas forem satisfeitas melhor será a saúde psicológica do indivíduo.

Os indivíduos oscilam relativamente às suas necessidades ao longo do tempo, dependendo das circunstâncias. As necessidades inferiores têm uma relevância intrínseca maior (fortes efeitos de curta duração no comportamento) do que as necessidades superiores. As pessoas irão mais agressivamente procurar comida e um sítio de abrigo do que oportunidades em ser criativo (Thielke et al 2011). Alcançar uma necessidade é diferente de melhorar uma necessidade, como por exemplo, em domínios como a qualidade de vida, saúde ou independência.

Em termos psicoeducacionais constataram-se deslocações positivas ao nível dos conhecimentos. Durante este período penso que o balanço foi positivo. Foram trabalhados vários aspectos cognitivos, emocionais sendo que para muitos clientes foi também nutrir e fazer “maternage” enquanto estabelecia uma relação terapêutica.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FUTURAS

A saúde é uma estrutura complexa com aspectos objectivos e subjectivos e enquanto estado dinâmico, nunca se poderá dizer que está inteiramente satisfeito (Thielke et al 2011). A esquizofrenia representa um grave problema de saúde mental que leva à mudança da percepção, dos pensamentos, sentimentos e comportamentos do indivíduo. As pessoas que desenvolvem esquizofrenia irão ter uma combinação única de sintomas e experiências que irão variar dependendo das circunstâncias particulares. Irá existir um período prodrómico caracterizado por deterioração no funcionamento pessoal. As dificuldades poderão incluir alterações da memória e da atenção, isolamento social, comportamentos não adaptativos, comunicação e afectos perturbados, experiências perceptuais invulgares que poderão ser acompanhadas por ideias muito próprias, déficit de autocuidado e reduzido interesse nas actividades de vida diária. Durante este período, as pessoas com psicose sentem frequentemente que o seu mundo mudou, mas a sua interpretação desta mudança não é partilhada pelos outros. A mudança pode afectar a capacidade da pessoa para estudar, manter-se no emprego ou numa relação. O período prodrómico é seguido por uma fase aguda, marcada por sintomas positivos (alucinações, delírios, comportamento perturbado e alterações do pensamento e do discurso).

Ao longo deste estágio procurei dar resposta à questão inicial: *Que intervenções e estratégias psicoterapêuticas e psicopedagógicas utilizar no cuidar à pessoa com perturbação esquizofrénica tendo em vista o seu processo reabilitativo?* Face à experiência como enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, considero que a implementação do programa psicoeducativo tentou de alguma forma dar resposta não só às intervenções psicopedagógicas como psicoterapêuticas. Os programas psicoeducativos têm várias componentes que incluem a melhoria da adesão à medicação antipsicótica e assegurar que as pessoas doentes e/ou os familiares conseguem detectar os sinais precoces de alerta. A abordagem às famílias torna-se fundamental, especialmente em famílias com elevada emoção expressa (Haddad et al 2010, p.35). Segundo Donohoe (2006, p.210) e de acordo com uma recente

revisão de vários estudos psicoeducacionais, melhorar a adesão à terapêutica permite aplicar uma diversidade de modalidades de tratamentos (individual, em grupo ou com a família), permitindo também a orientação na terapêutica (abordagem cognitiva, dando ênfase às atitudes dos clientes, no reforço de comportamentos e no apoio social).

Vários estudos mostraram que se os clientes e família estiverem informados sobre a doença permite-lhes desenvolverem uma atitude positiva e uma aliança terapêutica, apresentando as pessoas doentes menos probabilidade de terem sintomas prodrómicos de recaída e de serem hospitalizados nos dois anos seguintes de *follow-up* (Smerud 2008 mencionado por Cañas et al 2013, p. 99). Os elementos fundamentais na eficácia das intervenções familiares são a educação para a doença, intervenção na crise, suporte emocional e treino de *coping* nos sintomas da doença e resolução de problemas (NICE 2009 mencionado por Cañas et al 2013, p. 102).

A continuidade de cuidados é uma componente vital de suporte ambiental para os clientes com esquizofrenia e merece a atenção de todos os profissionais e familiares. Quanto maior a continuidade, menor o risco do fenómeno de porta giratória. Uma vez que nem todos os serviços de psiquiatria têm programas de psicoeducação disponíveis, torna-se importante a partilha de conhecimentos entre os pares e uma integração coesa da psicoeducação na equipe de tratamento. A psicoeducação pode ser vista como *“um conjunto de abordagens orientada por dois vectores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam de saber sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado”* (Gonçalves-Pereira et al 2005, p.2).

Quando a pessoa desenvolve uma doença psíquica, *“os sintomas mentais, que são uma realidade subjectiva, resultam quase sempre em comportamentos, actos e inibições ou incapacidades, manifestando-se a doença na vida de relação com os outros e com o mundo.”* (Jara, 2002). O enfermeiro de saúde mental surge aqui como um importante agente na mudança, usando *“saberes científicos e humanos para cuidar da pessoa de forma global, sobretudo quando esta atinge grandes níveis de vulnerabilidade e fragilidade como acontece na doença mental,*

com vista à sua reabilitação tão rápida quanto possível, por forma a se integrar na sua comunidade” (Freitas 2002, p. 252).

A implementação deste programa de psicoeducação tornou-se uma ferramenta importante no tratamento e reabilitação destes clientes, na medida em que permitiu efectuar uma revisão de aspectos já trabalhados e dar espaço para que se trabalhassem questões ao nível do suporte emocional e de organização do quotidiano. Os vários momentos do programa permitiram-me ir trabalhando as questões do conhecimento e muitas vezes verificar que certos conteúdos abordados, continuavam a não ser compreendidos. Dada a complexidade de necessidades dos clientes com doença mental, apercebo-me cada vez mais da importância da criação de redes de suporte e de um acompanhamento de proximidade. Muitas vezes aquilo que os profissionais podem oferecer é um espaço contentor que permita aos clientes reflectirem sobre as suas experiências/vivências.

No final deste estágio e após 6 anos de exercício em saúde mental e psiquiatria, considero que tenho ainda que trilhar vários caminhos para me sentir ao nível de perito. Este que tem *“uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”* (Benner, 2001). A perícia em matéria de tomadas de *“decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas (...) os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem”* (Benner, 2001). É neste percurso que estou a caminhar.

Em termos de considerações futuras, destaco a importância de uma intervenção assertiva feita na comunidade, ou seja, a criação de equipas comunitárias ou a implementação de um Terapeuta de Referência a *full time* que efectue um acompanhamento de proximidade e promova a adesão da pessoa com doença mental grave ao tratamento, assegurando a continuidade de cuidados, tornando-se parceiro com a família, diminuindo a sobrecarga familiar. Tem toda a vantagem em termos terapêuticos, económicos e de conforto para a pessoa doente ser tratada no seio da família. Um Terapeuta de Referência poderia ser a chave para efectuar pontes entre a pessoa doente e a comunidade, devido às suas

características específicas na promoção da continuidade de cuidados, na prevenção da rehospitalização e na melhoria da qualidade de vida dos seus destinatários através do desenvolvimento de competências básicas para viver e funcionar o mais autónomamente possível em sociedade (Montenegro, 2001).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Almeida et al (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP*, 39(2):202-10;
- ✓ Amaresha, A; Venkatasubramanian, G (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, Jan-Mar, Vol 34, Issue I;
- ✓ American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª ed. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 972-95908-6-9;
- ✓ Anthony, W. et al. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation;
- ✓ Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University, Center of Psychiatric Rehabilitation;
- ✓ Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers;
- ✓ Arieti, S. (1965). *Interpretación de la Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Labor;
- ✓ Barreto, João et al (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto: Porto Editora, p. 314-345;
- ✓ Bechdolf et al (2010). Randomized Comparison of Group Cognitive Behavior Therapy and Group Psychoeducation in Acute Patients with Schizophrenia: Effects on Subjective Quality of Life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:144-150;
- ✓ Benner, Patrícia (2001). *De iniciado a perito: excelência poder na pratica clinica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Ed.;
- ✓ Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience* London: William Heinemann. [Reprinted London: Karnac Books]. Reprinted in Seven Servants;
- ✓ Bishop, V; Dun, C (1998). *Clinical Supervision: Its Implementation in One Acute Sector trust*. Bishop, V. (ed). *Clinical Supervision in Practice*. Some Questions, Answers and Guidelines. London: MacMillan Press;

- ✓ Bolander, Verolyn Rae (1998). Sorensen e Luckmann, *Enfermagem Fundamental*, Lusodidacta, Loures;
- ✓ Bond, G. et al. (1995). *Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities*. Rehabilitation Psychology, 40 (2), 91-111;
- ✓ Boutinet, J.P (1996). *Antropologia em Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget;
- ✓ Brown, L (2010). *Klein, Bion, and Intersubjectivity: Becoming, Transforming, and Dreaming*. Psychoanalytic Dialogues;
- ✓ Caccia, O (2009). Primal Splitting as a Basis for Emotional and Cognitive Development in Children. *Journal of Child Psychotherapy* Vol. 35, No. 2, August;
- ✓ Caderno Temático (2009). *MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*, Siece;
- ✓ Cañas, F et al (2013). *Improving Treatment Adherence in Your Patients with Schizophrenia*. The Stay Initiative. Clinical Drug Investigation, 33:97-107;
- ✓ Cardoso, A (2008). O Insight em Psiquiatria. *Revista de Psicologia*, v. 20 – n.2, Jul./Dez., p.347-356;
- ✓ Carvalho, R (2011). *Manual do Seminário de Psicopatologia E Expressão – Nível I de Formação da SPAT*;
- ✓ Casey, P; Kelly, B. (2007). *Fish Psicopatologia Clínica*. Lisboa. ISBN 978-989-95046-2-2;
- ✓ Chadzynska, M; Chadzynska, K (2011). The Participation of Patients with Schizophrenia in Psychoeducation – The Analyses From the Patient's Perspective. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2:67-72;
- ✓ Chessick, R (2010). The Rise and Fall of the Autochthonous Self: From Italian Renaissance Art and Shakespeare to Heidegger, Lacan, and Intersubjectivism. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38 (4) 625 – 654;
- ✓ Chinman, M. et al. (1999). *Therapeutic agents of assertive community treatment*. Psychiatric Quarterly, 70 (2), 137-162;
- ✓ Clarkson, Petruska (1993). *On Psychotherapy, Psychotherapy series*, ed. Dryden, W., London: Whurr Publishers, 146-167;

- ✓ Claudio, Victor (1999). Formação de Sintomas: Freud e Teorias Cognitivistas, Proximidades e Afastamentos. *Análise Psicológica*, 2 (XVII): 275-284;
- ✓ Cnaan, R. et al. (1988). Psychosocial rehabilitation: toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 61-77;
- ✓ Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel. Lisboa, p.381;
- ✓ Cordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi Editores;
- ✓ Cronin et al (2014). The Impact of the Therapeutic Alliance on Treatment Outcome in Patients with Dissociative Disorders. *European Journal of Psychotraumatology*;
- ✓ Dalley, Tessa (1984). *Art as Therapy: An Introduction to the Use of Art as a Therapeutic Technique*. Routledge;
- ✓ Deglin, J.; Vallerand, A (2003). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*, 7ª edição, Loures: Lusociência;
- ✓ Degmecié, D; Pozgain, I; Filakovié, P (2007). *Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia*. Coll. Antropol. 31; 4:1111-1115;
- ✓ Delgado, Luís (2009). Para um Racional Bioniano de Interpretação dos Dados Projectivos. *Análise Psicológica*, 109-113;
- ✓ Derobertis, E (2010). Winnicott, Kohut, and the Developmental Context of Well-Being. *The Humanistic Psychologist*, 38: 336–354;
- ✓ Donohoe, Gary (2006). Adherence to Antipsychotic Treatment in Schizophrenia – What Role Does Cognitive Behavioral Therapy Play in Improving Outcomes?. *Dis Manage Health Outcomes*, p.207-214;
- ✓ Duman et al (2010). The Effectiveness of a Psychoeducational Group Program With Inpatients Being Treated for Chronic Mental Illness. *Social Behavior and Personality*; 38(5), 657-666;
- ✓ Eckman, T. et al. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555;
- ✓ Farkas, M. & Anthony, W. (1989). *Psychiatric rehabilitation programs: putting theory into practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press;

- ✓ Freitas, Luís (2002). Desestigmatizando a Doença Mental. *In: Servir.* – ISSN 0871-2370. – Vol. 50, nº5 (Set. /Out.), p. 250-253;
- ✓ Gândara, Maria Manuela (2000). Como ser Criativo no Mundo Actual. *In: Pensar Enfermagem.* Lisboa. Vol. 4, n.º 2 (2º sem), ISSN 0873-8904;
- ✓ Gândara, Maria Manuela et al (2004). *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios.* Coimbra. Gráfica de Coimbra, p.403 – 415;
- ✓ George, Julia B. (1993). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas;
- ✓ Goleman, D. (1999). *Trabalhar com inteligência emocional.* Lisboa: Temas e Debates, ISBN: 972-759-180-9;
- ✓ Gomes, F et al (2008). A Relação entre os Mecanismos de Defesa e a Qualidade da Aliança Terapêutica em Psicoterapia de Orientação Analítica. *Rev Psiquiatr RS;* 30(2) – 109;
- ✓ Gonçalves-Pereira et al (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia. Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Med Port,* 19:1-8;
- ✓ Gonçalves-Pereira, M; Xavier, M; Fadden, G (2007). O Modelo de Fallon para Intervenção Familiar na Esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica,* 2 (XXV): 241-255;
- ✓ Guterres, M.(2001). *Estudo do Suporte Social e da Qualidade de Vida em Doentes Mentais Crónicos a viverem em Comunidade.* Dissertação de candidatura ao grau de Mestre. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada;
- ✓ Haddad, P (2010). The Cost of Relapse in Schizophrenia. *Mind & Brain, the Journal Of Psychiatry.* Review Article;
- ✓ Hanly, C (2011). Narcissism, Hypochondria and the Problem of Alternative Theories. *Int J Psychoanal* 92:593–608;
- ✓ Hartke, Raul (2007). *Repetir, Simbolizar e Recordar.* Relatório Apresentado para o Painel “El psicoanálisis cura aun mediante la rememoración?” desenvolvido no 45º Congresso da International Psychoanalytical Association. Berlin, Alemanha;
- ✓ Hesbeen, Walter (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuida.* Loures. Lusociência, p.201;

- ✓ Hesbeen, Walter (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Lusociência. Loures, p.220;
- ✓ Honoré, Bernard (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência;
- ✓ Hornung, W. et al. (1998). Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with an without psychoeducational training: results of a 1 year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 213-219;
- ✓ Jara, J.M (2002). A Pessoa em Causa In Razão Reencontrada, Cap.9. *Psiquiatria sem Estigma*. Coimbra: Quarteto Editora;
- ✓ Johnson et al (2005). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, Artmed;
- ✓ Kantorski et al (2005). Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, 39(3):317-24;
- ✓ Kernberg, O (2011). Divergent Contemporary Trends. *Psychoanalytic Review*, 98 (5), October;
- ✓ Kritzinger et al (2011). Family Therapy for Schizophrenia in the South African Context: Challenges and Pathways to Implementation. *South African Journal of Psychology*, Volume 41 (2), June;
- ✓ Landesverk, S & Kane, C (1998). Antonovsky's Sense of Coherence: Theoretical Basis of Psychoeducation in Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19:419-431;
- ✓ Laplanche, Jean; Pontalis, Jean-Bertrand (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. Editora Martins Fontes;
- ✓ Lazure, Hélène (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 214 p; 29 cm, ISBN 972-95399-5-2;
- ✓ Lescovar, Gabriel (2004). As Consultas Terapêuticas e a Psicanálise de D. W. Winnicott. *Rev. Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v. 21, n. 2, p. 43-61, maio/agosto;
- ✓ Lester, D (2013). Measuring Maslow's Hierarchy Of Needs. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 113, 1, 15-17;

- ✓ Liberman, R. (1993). *Afrontar los trastornos mentales crónicos: un marco para la esperanza*. In R. Liberman (Ed.). *Rehabilitation integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca;
- ✓ Lopes, Manuel José (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau;
- ✓ Luis, Helena (2000). *Um doente mental na família*, In *Servir – Vol Nº 48*, nº 1 (Jan/Fev);
- ✓ Macêdo, V & Monteiro, A (2004). Enfermagem e a Promoção da Saúde Mental na Família: Uma Reflexão Teórica. *Texto Contexto Enferm*, Out-Dez, 13(4): 585-92;
- ✓ Maldonado et al (2009). Effects of a psychoeducational interventions program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiol*, p.343-348;
- ✓ Marçal, Maria Teresa (1998). A Análise Conceptual na Investigação em Enfermagem. In: *Pensar Enfermagem*. Lisboa. - ISSN 0873-8904. - V. 2, nº 2, p. 4-8;
- ✓ Marques, A & Queirós, C (2012). *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica*. Livpsic, Edições de Psicologia, ISBN: 978-989-8148-87-2;
- ✓ Marques, Paula (2002). Consentimento Informado: O Fim do Silêncio. In *Revista Referência*, nº9, Novembro, p. 41-46;
- ✓ Martins, José (2004). Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento: percepções, atitudes e opiniões. *Revista Referência*, nº12. Novembro, p.15-24;
- ✓ Mayes, C (2005). Ten Pillars of a Jungian Approach to Education. *Encounter: Education for Meaning and Social Justice*. Volume 18, Number 2;
- ✓ McCloskey & Bulechek (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, Artmed;
- ✓ McGorry, P et al (1998). The Dimensional Structure of First Episode Psychosis: an exploratory factor analysis. *Psychological Medicine*, 28, 935-947;
- ✓ McGuigan, R (2009). *Shadows, Conflict, and the Mediator*. *Conflict Resolution Quarterly*, vol. 26, no. 3;

- ✓ Monteiro, M & Pagliuca, L (2008). Análise da Adequação da Teoria do Relacionamento Interpessoal em Grupos Conduzidos por Enfermeira. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(3):424-29;
- ✓ Montgomery, S. (1995). *Ansiedade e depressão*, 2ª edição, Lisboa: Climepsi ed;
- ✓ Moraes et al (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial grupo. *Acta Paul Enferm*, 19 (2): 228-33;
- ✓ Navalhas & Jubilot (1996). A Reabilitação da Pessoa Doente Mental No Contexto Do Cuidar Em Enfermagem – *In Hospital Júlio de Matos* 3: 172-182;
- ✓ Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*, Loures: Lusociência;
- ✓ Neto, Mario (2000). Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Rev Bras Psiquiatr*, 22 (Supl I); p.45-46;
- ✓ Novikoff, M. & Olié J. (1987). *101 respostas sobre a depressão*, Men Martins: Publicações Europa-América, colecção Arte de viver, volume 54;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. *Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento do Exercício Profissional*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;
- ✓ Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental. Nova concepção. Nova esperança*. Im www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf;
- ✓ Pacheco, S (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Lusociência, Loures, 153pp;
- ✓ Peplau, H (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*, 1ª ed. reimp. - Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, XXIV, 264 p.; 22 cm. - Tit. orig: Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing;

- ✓ Phaneuf, Margot (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência;
- ✓ Phillips, D. et al. (2001). *Moving assertive community treatment into standard practice*. *Psychiatric Services*, 52, 771-779;
- ✓ Phipps, Wilma et al (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* 6ª ed. - Lisboa: Lusodidacta;
- ✓ Pimentel, C; Barros, I (2009). *Transferência e desfecho terapêutico em psicoterapia psicodinâmica breve*. *Psicologia: Teoria e Prática* – 11(1): 153-166;
- ✓ Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Coordenação Nacional para a Saúde Mental*, Resumo Executivo;
- ✓ Prasko et al (2011). Psychoeducation for Psychotic Patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 155 (4):385-396, DOI: 10.5507/bp.2011.008;
- ✓ Prata, M (2000). Pulsão de Morte: Mortificação ou Combate?. *Ágora* v. III n. 1 jan/jun;
- ✓ Pratt, C. et al. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. San Diego, Califórnia: Academic Press;
- ✓ Proposta do Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016;
- ✓ Raab, K (2001). Mysticism and Mental Health in the Work of Marion Milner. *Mental Health, Religion & Culture*, Volume 4, Number 2;
- ✓ Rodriguez, A. et al. (2002). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Transtornos Mentales Crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide;
- ✓ Rogers, Carl (1983). *Um jeito de Ser*. Editora Pedagógica e Universitária LTDA;
- ✓ Roseiro & Raposo, Alice; Germina (1992). *Tratamento e acompanhamento de doentes mentais*, In *Servir*, nº 42 – Nº 6, 303-310;
- ✓ Roth, B. & Meltzer, H. (1995). The role of serotonin in schizophrenia. In D. Bloom & D. Kupfer, (Eds.). *Psychopharmacology: the fourth generation of progress* (pp. 1215-1227). New York: Raven Press;
- ✓ Rummel-Kluge et al (2008). Partial Compliance with Antipsychotic Medication is Common in Patients with Schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:382-388;

- ✓ Santos, José Carlos Pereira (1997). O Enfermeiro de Saúde Mental no Hospital Geral, *In: Sinais Vitais* nº 14 (Setembro) – p. 33-36;
- ✓ Scharfetter, C (1997). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Climepsi Editores. Lisboa;
- ✓ Sibitz, I et al (2007). Patients' Perspectives on What Works in Psychoeducational Groups for Schizophrenia. A Qualitative Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42:909-915;
- ✓ Silva et al (2000). Comunicação e Enfermagem em Saúde Mental – Reflexões Teóricas. *Rev.latino-am. enfermagem* - Ribeirão Preto - v.8 - n.5 - p.65-70 – outubro;
- ✓ Silva et al (2005). Arte na Enfermagem: Iniciando um Diálogo Reflexivo. *Texto Contexto Enferm*, Jan-Mar, 14 (1):120-3;
- ✓ Smith, T. et al. (1992). Informing people with schizophrenia about their illness: a comparasion of symptomatic and non-symptomatic patients. *Journal of Mental Health*, 1, 282-286;
- ✓ Stein, I & Santos, A. (1998). *Assertive Community Treatment of persons with severe mental illness*. New York: W. W. Norton & Company;
- ✓ Stuart & Laraia (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*, 6th ed, Porto Alegre, Artmed;
- ✓ Sweeny, Susan (2009). Art Therapy: Promoting Wellbeing in Rural and Remote Communities. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*;
- ✓ Thielke et al (2011). Maslow's Hierarchy of Human Needs and the Adoption of Health-Related Technologies for Older Adults. *Springer Science+Business Media*, LLC (outside the USA);
- ✓ Toletti, Glória Esteves (2004). Representações dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem: contributos para a educação e o aprender em enfermagem. *Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Educacional*. Lisboa, 192 p;
- ✓ Tomey, Ann; Alligood, Martha (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*, 5ª Edição. Lusociência: Loures, p.766;

- ✓ Toshiki et al (2007). Early Prodromal Symptoms and Diagnoses Before First Psychotic Episode in 219 Inpatients with Schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, p.348-354;
- ✓ Townsend, Mary C. (2002). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3ª Ed. São Paulo: Guanabara Koogan;
- ✓ Valencia, M; Juarez, F; Ortega, H (2012). *Integrated Treatment to Achieve Functional Recovery for First-Episode Psychosis*. Schizophrenia Research and Treatment, 962371, doi:10.1155/2012/962371;
- ✓ Watson, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures, 182pp;
- ✓ WHO (1998). *Empowerment In: Health Promotion Glossary*. Genève;
- ✓ Wing, J. et al. (1981). *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*. New York: Oxford University Press;
- ✓ Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*, 3ª ed., São Paulo: Roca.
- ✓ Zimerman, David (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Artmed.
- ✓ <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

Classificação Internacional de Graffar (adaptada de uma escala original de 1956)

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL INTERNACIONAL
PROPOSTA POR GRAFFAR
(Adaptada de uma escala original de 1956)

O método baseia-se no estudo não apenas de uma característica social, mas num conjunto de cinco critérios:

1. A Profissão;
2. Nível de Instrução;
3. Fontes de rendimentos familiares;
4. Conforto da habitação;
5. Aspectos do bairro onde reside.

Numa primeira fase há que se atribuir a cada família observada, uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados, e numa segunda fase, há-de servir-se da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias segundo a profissão exercida pelo pai servindo-nos da classificação britânica, tal como se descreve a obra "**Classification And Occupations**" General Register Office (London Satationary Office, 1951). No caso da mãe de família exercer uma profissão de nível mais elevado que a do pai será a primeira a que servirá de base para a classificação da família.

1 - A PROFISSÃO

1º Grau - Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

2º Grau - Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos e técnicos.

3º Grau - Adjuntos técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras.

4º Grau - Motoristas, polícias, cozinheiros, dactilógrafas.

5º Grau - Jornaleiros, porteiros, contínuos, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

2 - O NÍVEL DE INSTRUÇÃO

As categorias estabelecidas são as seguintes:

1º Grau - Ensino Universitário ou equivalente;

2º Grau - Ensino médio ou técnico superior;

3º Grau - Ensino médio ou técnico inferior;

4º Grau - Ensino Primário completo;

5º Grau - Ensino primário incompleto.

Exemplos de graus de instrução:

1º Grau: catedrático e assistente, doutores ou licenciados com títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juristas, magistrados, agentes do Magistério Público, militares de alta patente.

2º Grau: técnicos e peritos.

3º Grau: cursos de liceu, industrial e comercial, militares de baixa patente ou sem academia.

4º Grau: ensino primário completo

5º Grau: um ou dois anos de escola primária, saber ler e escrever, e/ou analfabetos.

3 - FONTES DE RENDIMENTOS FAMILIARES

Para o seu estudo partir-se-á da principal fonte de rendimentos da família. Adaptam-se as cinco categorias seguintes:

- 1º Grau - A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida;
- 2º Grau - Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados;
- 3º Grau - Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionários;
- 4º Grau - Os rendimentos resultam de salários (remuneração por semana), jornal, horas ou tarefa;
- 5º Grau - Beneficiência pública ou privada que sustenta o indivíduo ou família. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

Exemplos de rendimentos familiares:

- 1º Grau - Pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais;
- 2º Grau - Encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais. Profissões liberais com grandes vencimentos;
- 3º Grau - Empregados de Estado, Governos civis ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas. Profissões liberais de médio rendimento. Caixeiros-viajantes;
- 4º Grau - Operários, empregados do comércio e escriturários;
- 5º Grau - Sem rendimentos.

4 - CONFORTO DE HABITAÇÃO

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjectiva. Estabelecem-se cinco categorias:

- 1º Grupo - Casas ou andares luxuosos muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto;

- 2º Grupo - Categoria intermédia: casas ou andares que sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, não são obstante, espaçosas e confortáveis;
- 3º Grupo - Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados com cozinha e casa de banho;
- 4º Grupo - Categoria intermédia ao 3º e ao 5º grupo;
- 5º Grupo - Alojamentos impróprios para uma vida decente, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, de toda a ventilação ou iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

5 - ASPECTOS DO BAIRRO ONDE HABITA

- 1º Grupo - Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados;
- 2º Grupo - Bairro residencial bom de zonas largas com casas confortáveis e bem conservadas;
- 3º Grupo - Ruas comerciais estreitas e/ou antigas com casas de aspectos geral menos confortável;
- 4º Grupo - Bairro operário (populoso, mal arejado) ou bairro em que o valor do terreno está diminuído, como consequência da proximidade de oficinas, fabricas, estações de caminho de ferro.

NOTA - O importante deve ser o seu critério pessoal subjectivo. No caso em que haja uma notória diferença entre o bairro relativamente confortável e a residência miserável, deve ser considerada esta última.

6 - CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

Aplicando coeficientes de ponderação de 1 a 5 em cada um dos grupos encontrados, obteremos a seguinte classificação:

CLASSE I - Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9

CLASSE II - Famílias cuja soma de pontos vai de10 a 13

CLASSE III - Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17

CLASSE IV - Famílias cuja soma de pontos vai de..... 18 a 21

CLASSE V - Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25

ANEXO II

Escala de Adesão à Terapêutica (MARS)

(adaptada de Vanelli et al 2011)

ESCALA DE ADESÃO À TERAPÊUTICA (MARS)
(Adaptada de Vanelli et al, 2011)

Leia cada uma das questões abaixo enunciadas e responda **SIM** ou **NÃO**.

Lembre-se que esta é a sua opinião e que não existem respostas certas ou erradas.

	Sim	Não
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?		
2. É descuidado a tomar a sua medicação?		
3. Quando se sente melhor deixa de tomar a medicação?		
4. Quando se sente pior, por tomar a medicação, deixa de faz		
5. Só toma a medicação quando se sente doente?		
6. Não é natural para a sua mente e o para o seu corpo serem controlados pela medicação?		
7. Os seus pensamentos são mais claros com a medicação?		
8. Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente?		
9. Sinto-me estranho ou como um zombie com a medicação?		
10. A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento?		

ANEXO III

Escala de Insight de Marcová e Berrios

(adaptado de Vanelli et al 2010)

ESCALA DE INSIGHT MARKOVÁ E BERRIOS (adaptado de Vanelli et al 2010)

Leia cada uma das afirmações abaixo enunciadas e responda **SIM** ou **NÃO**.

Lembre-se que esta é a sua opinião e que não existem respostas certas ou erradas.

	Sim	Não
1.Sinto-me diferente do que sou normalmente		
2.Não há nada de errado comigo		
3.Estou doente		
4.As pessoas à minha volta parecem diferentes		
5.Não me sinto parte de nada		
6.Tudo parece desorganizado		
7.A mente não se pode tornar doente, só o corpo		
8.Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes		
9.Sinto-me pouco à vontade		
10.Tenho dificuldade em pensar		
11.Sofro de problemas dos nervos		
12.Tudo à minha volta está diferente		
13.Estou a perder o contacto comigo mesmo		
14.É difícil sentir-me à vontade com as pessoas que conheço		
15.Algo de estranho me está a acontecer		
16.Quero saber porque me sinto assim		
17.Não pareço ser capaz de funcionar normalmente		
18.As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população		
19.Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos		
20.Não estou doente, mas estou cansado		
21.Sinto que a mente me está a fugir		
22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia		
23.Tudo me parece agora mais claro do que nunca		
24.Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim		
25.Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada		
26.Tudo parece diferente à minha volta		
27.As coisas já não fazem sentido		
28.O meu problema principal é a minha saúde física		
29.Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa		
30.Acho que preciso de algum tipo de ajuda		

ANEXO IV

Indicadores de Avaliação (adaptados de Johnson et al 2005)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Adaptado de Johnson et al (2005) - Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Artmed.

Capacidade Cognitiva (0900)

Definição: Capacidade para executar processos mentais complexos					
Indicadores	Extr. Compro. 1	Subst. Compro. 2	Moder. Compro. 3	Levem. Compro. 4	Não Compro. 5
Processa as informações (090009)					
Pesa as alternativas ao tomar a decisão (090010)					
Toma decisões adequadas (090011)					

Conhecimento: Medicação (1808)

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre uso seguro da medicação					
Indicadores	Nenhuma 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Extensivo 5
Enuncia o nome correcto do medicamento (180802)					
Descreve as acções do medicamento (180804)					
Descreve os efeitos secundários da medicação (180805)					
Descreve a forma correcta					

de administrar a medicação (180810)					
Descreve as vantagens da toma da medicação (180818)					
Compreende a importância da adesão à medicação (180819)					
Descreve estratégias para minimizar os efeitos secundários da medicação (180820)					

Conhecimento: Processo da doença (1803)

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre processo de doença específico					
Indicadores	Nenhuma 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Extensivo 5
Familiarizado com o nome da doença (180301)					
Descreve os factores de risco (180302)					
Descreve os efeitos da doença (180305)					
Descreve os sinais e sintomas (180306)					
Descreve as medidas para minimizar a progressão da doença (180308)					
Descreve os sinais e sintomas de complicações (180310)					
Descreve as precauções					

para prevenir complicações (180311)					
Enumera os motivos da não adesão ao regime terapêutico (180312)					

Conhecimento: Recursos de saúde (1806)

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre recursos de cuidados de saúde					
Indicadores	Nenhuma 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Extensivo 5
Descreve os recursos que intensificam a saúde (180601)					
Descreve quando necessita de quando contactar um profissional de saúde (180602)					
Descreve os recursos comunitários disponíveis (180607)					
Descreve como se pode conectar aos serviços necessários (180608)					

REGISTO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO GRUPAL

Tema da sessão:

Data da sessão:

Clientes	Comportamento	Participação	Interacção	Atenção	Satisfação

Legenda: **Comportamento** (1-Inquieto; 2-Agitado; 3-Desorganizado; 4-Adequado); **Participação** (1-Recusou integrar o grupo, sem justificação; 2-Recusou integrar o grupo, justificando-se; 3-Necessitou de estimulação; 4-Participou espontaneamente); **Interacção** (1-Não interagiu; 2-Interagiu só quando solicitado; 3-Interagiu de forma espontanea); **Atenção** (1-Ausente; 2- Flutuante; 3-Presente); **Satisfação** (1-Ausente; 2-Presente ocasionalmente; 3-Presente).

APÊNDICES

APÊNDICE I

Resultado da Aplicação dos Instrumentos de Avaliação no Internamento

APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE

Neste estágio foram aplicados os seguintes instrumentos:

- Questionário sócio-demográfico;
- Classificação Social Internacional de Graffar (adaptado de uma escala original de 1956);
- Questionário de Avaliação de conhecimentos;
- Escala de Adesão à Terapêutica MARS (adaptada de Vanelli et al 2011);
- Escala de Insight Marcová e Berrios (adaptado de Vanelli et al 2010).

Caracterização Sócio-demográfica

Dos 28 clientes internados, 6 aceitaram e reuniam condições participar nas sessões de psicoeducação. Os restantes não foram integrados por recusa ou por não estarem estabilizados da sua doença. Dos 6 clientes, 3 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

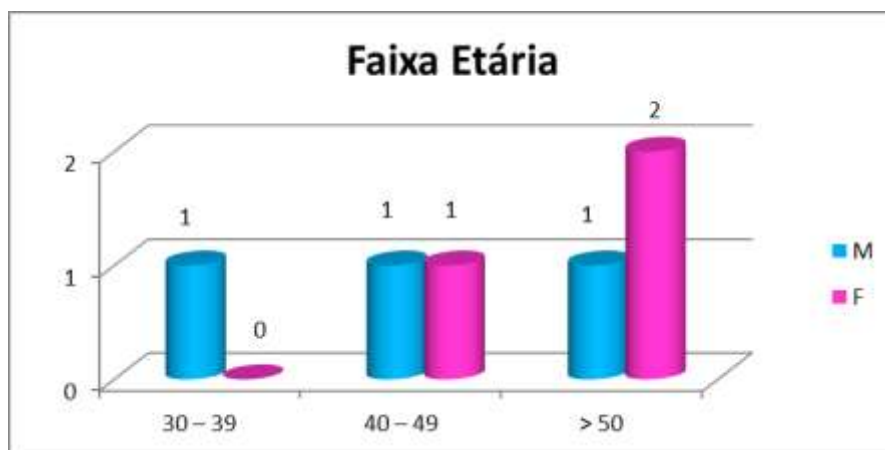


Gráfico nº7: Faixa Etária dos Clientes em Internamento

Todos os clientes tinham o diagnóstico de esquizofrenia, sem história conhecida de duplo diagnóstico. Todos apresentavam tempo total de evolução da doença superior a 15 anos. Todos eram de etnia branca e da área geodemográfica de

responsabilidade do hospital. Em termos de escolaridade: 3 clientes tinha o 1º ciclo; 1 cliente tinha o 2º ciclo; 1 cliente tinha o 3º ciclo e 1 cliente tinha o ensino secundário. Dos 6 clientes, 2 viviam sozinhos e 4 viviam em família. Relativamente à situação profissional, 2 clientes estavam desempregados e 4 reformados. A Classificação Social de Graffar revelou que 1 cliente se encontrava na classe 3 (média) e 4 clientes se encontravam na classe 4 (média-baixa). Em relação ao consumo de recursos, 4 clientes compareciam à consulta sempre que marcada, enquanto que 2 clientes não compareciam. Todos os 6 clientes não frequentam nem frequentaram nenhum fórum sócio-ocupacional nem nenhuma formação profissional.

Sexo	Idade	Escala de Adesão à Terapêutica	Escala de Insight
M	36	30%	60%
M	40	80%	43.33%
F	44	30%	86.66%
F	51	30%	53.33%
M	55	60%	36.66%
F	58	90%	26.66%

Tabela 1: Resultado da aplicação da Escala de Adesão à Terapêutica (MARS), adaptada de Vanelli et al 2011 e da Escala de Insight de Marcová e Berrios, adaptado de Vanelli et al 2010 em contexto de estágio de internamento

As idades dos clientes em internamento a que foram aplicadas as escalas de medida, variam entre os 36 e os 58 anos de idade. Na Escala de Adesão à

Terapêutica (MARS), as percentagens variam entre os 30% e os 90%, sendo que o cliente mais novo tem a menor percentagem de respostas certas e o mais velho a maior. Relativamente à Escala de Insight de Marcová e Berrios, as percentagens de resposta variam entre os 26.66% e os 86.66%, sendo que o cliente mais velho tem a menor percentagem de respostas certas e o cliente na faixa compreendida dos 40-45 anos a maior percentagem.

Relativamente ao Questionário de Avaliação de Conhecimentos, os clientes apresentaram algumas noções sobre a doença, tratamento e reabilitação e várias concepções erradas sobre as mesmas.

Avaliação de Conhecimentos dos Clientes no Internamento

1 – A esquizofrenia é...uma doença dos preguiçosos. (2)

1 – A esquizofrenia é...uma palavra para dizer mal de outra pessoa. (1)

4 – Na esquizofrenia, os sintomas que podem surgir são: “falta de rir” (sic).

5 – O tratamento da esquizofrenia inclui...repouso e ver tv. (3)

“À noite deu-me para lavar a loiça e depois cai para o chão” (sic).

8 – Para tratar a Esquizofrenia deve-se tomar...vitaminas para o esgotamento. (3)

8 – Para tratar a Esquizofrenia deve-se tomar...antidepressivos. (1)

11 – Após o internamento é importante: alimentar-se bem e fazer exercicio fisico. (4)

12 – É importante fazer uma alimentação cuidada...para não engordar. (2)

12 – É importante fazer uma alimentação cuidada...para ser feliz. (1)

17 – É importante lidar com o stress porque...posso não arranjar trabalho. (1)

17 – É importante lidar com o stress porque...posso ficar nervoso. (2)

Em termos do conceito da doença, 3 clientes referem que a esquizofrenia é uma doença dos preguiçosos ou uma palavra para dizer mal de outra pessoa; em termos de visão geral do tratamento da doença, 3 clientes referem que é importante o repouso e ver televisão, enquanto que 3 clientes acham que a abordagem terapêutica passa por tomar vitaminas para o esgotamento e 1 cliente por tomar antidepressivos; em termos de cuidados pós-internamento, 4 clientes referem ser importante alimentar-se bem e fazer exercício físico; relativamente à saúde física, 3 clientes referem que uma alimentação cuidada é importante para não engordar e ser feliz e por fim 2 clientes responderam que é importante lidar com o stress porque pode ficar nervoso e 1 cliente porque pode não arranjar trabalho.

APÊNDICE II

Necessidades Formativas dos Clientes em Contexto Comunitário

Necessidades Formativas dos Clientes em Contexto Comunitário

“Eu gostaria de saber mais sobre OCD” (sic).

“Esquizofrenia paranóide. Penso que a rotina diária é o mais relevante para esta doença, no qual se encaixa o ETC., com várias atividades. A vida social e integração nesta, é o objectivo mais relevante para o ETC.” (sic).

“Informação geral sobre a doença mental” (sic).

“Quando sai do ultimo internamento e comecei a tomar a nova medicação os meus sintomas da doença que tenho melhoraram muito, pois deixei de ouvir vozes que me davam ordens e já me tinham feito muito mal. De momento a minha terapia tem vindo a ser muito produtiva a nível de saúde mental e física, no entanto ainda sinto um movimento estranho na minha perna esquerda” (sic).

“Sinto-me estável...sugeria a psicoeducação como tema ou mote. O transmitir informação. Alargar o leque de conhecimentos” (sic).

APÊNDICE III

Momento Formativo e de Partilha de Experiências dos Clientes em Contexto Comunitário

Momento Formativo e de Partilha de Experiências dos Clientes em Contexto Comunitário

Sessão nº 1: Desmistificando a doença

Estigma

“Estava numa formação e disseram: é do hospital dos maluquinhos... e custou-me” (sic).

“É preciso trabalhar a sensibilização. As pessoas estão nas compras e nas suas vidas e não trabalham isso” (sic).

“É preciso mais informação...o tratamento é igual à das outras” (sic).

“A médica no hospital não me dava atenção...discriminou-me...dizia que estava sempre tudo bem e deixava-me à espera...quando comecei a fazer o injectavel, quase que não falava comigo” (sic).

Como é que a doença vos tem afectado?

“A doença tem afectado a minha vida de forma reduzida, porque a medicação tem sempre sido tomada” (sic).

“Tem afectado no relacionamento com as outras pessoas” (sic).

“Eu incorporei a doença. Aceitei-a, e, vivo-a de forma transparente o mais possível” (sic).

“Ultimamente a doença tem me afectado muito menos do que em anteriores casos. Com a medicação sinto-me muito melhor do que antes e acho que progredi bem para não ter futuras recaídas” (sic).

“A doença tem vindo a estabilizar no continuano da minha vida no dia-a-dia” (sic).

O que é a esquizofrenia?

“A doença da esquizofrenia é uma doença mental onde podem ocorrer alguns sintomas, como ouvir vozes de outras pessoas que provocam conversas como se o doente tivesse alguém dentro de si. Também podem ocorrer outros sintomas tais como ter rigidez e tremor” (sic).

“A esquizofrenia é uma doença mental na qual o doente geralmente imagina estar a ouvir vozes” (sic).

“A esquizofrenia resulta de uma saúde mental deficiente” (sic).

“A esquizofrenia é uma doença mental a qual se apresenta depois duma depressão, etc; esta provocada por uma má alienação, falta de exercício físico, etc. Pode-se identificar um sujeito com esquizofrenia através das suas atitudes do dia-a-dia. Deve-se consultar um médico assim que uma pessoa se sinta com sintomas de ansiedade, depressão, stress, etc. Uma pessoa pode levar uma vida relativamente normal, estando medicada e estando a ser seguida” (sic).

“Não tenho uma noção exacta sobre a doença, sei tratar-se de uma doença mental que prejudica o bom funcionamento do cérebro” (sic).

“É uma doença do foro mental e de origem social. Ou seja o portador da mesma fecha-se em si e exclui a sociedade e a vida social” (sic).

Sessão nº2: A prevenção é a chave

Antes das intervenções das estruturas de saúde

“Estava isolado” (sic).

“Sentia-me irritado e muito zangado” (sic).

“Quando estava em Inglaterra sentia que estava a ser perseguido...ouvi uma voz a dizer que ia matar a minha mãe” (sic).

“Tinha obsessões...fazia rituais” (sic).

“Tinha medo de me relacionar com os outros...não sei explicar” (sic).

“Sentia-me taciturno...perda de prazer...o tempo custava a passar” (sic).

Após intervenção das estruturas de saúde

“Sinto-me mais comunicativo” (sic).

“Tenho as ideias mais organizadas” (sic).

“A relação com a minha família melhorou” (sic).

Sessão nº4: Mente Sã, Corpo Sã

Alimentação feita pelos clientes:

“Pequeno-almoço tomo cereais; almoço como carne, por exemplo costeletas; lanche como cereais; jantar como carne” (sic);

“Pequeno-almoço – café, pão com manteiga e copo de leite magro; almoço – peixe cozido, batatas cozidas e cenouras cozidas; jantar – pizza com fiambre, queijo e ananás” (sic);

“Pequeno-almoço – leite/café, pão e manteiga; almoço – sandes, e ou, ovo estrelado pequeno; jantar – arroz branco, salsichas e café solúvel” (sic);

“Pequeno-almoço – 1 copo de leite/1 maçã e 2 tostas c/ manteiga; almoço – sopa, bacalhau/peixe/legumes; jantar – sopa, fruta diversa; deitar – 1 copo de leite” (sic).

Sessão nº 5: O Nevoeiro

Que drogas conhece?

“Drogas pesadas e drogas leves” (sic);

“Tabaco, álcool, haxixe, cannabis, heroína, cocaína, marijuana” (sic);

“A única droga que conheço é a metadona. Não conheço drogas. De ouvir falar, haxixe, cocaína, heroína” (sic);

“Cocaína, marijuana, heroína” (sic);

As pessoas consomem drogas porque...

“Por vários motivos” (sic);

“As pessoas consomem drogas porque essa é a maneira de ultrapassarem os seus problemas quotidianos como exemplo o stress e a exclusão social” (sic);

“As pessoas consomem drogas por estimulação social que vai convergir para a habituação e respectiva dependência” (sic);

“As pessoas consomem drogas para se alhearem das responsabilidades sociais” (sic);

Sessão nº6: Temporal à Vista

O que é o Stress?

“Stress é algo que nos deixa intranquilo durante mais ou menos tempo” (sic);

“A minha mãe é nervosa e às vezes faz fitas na rua e envergonha-me...eu fico nervoso mas arranjo maneira de me distrair” (sic);

“Stress é a palavra para definir cansaço” (sic);

“Para mim o stress é um estado de ansiedade descontrolado que também pode ser controlado mas sempre com a incerteza da cura” (sic);

“O stress advém duma vida de excessos de preocupações com algo que nos deixa enervados, geralmente fora de casa” (sic);

“Stress...é uma tensão nervosa acumulada e gerada por alguma forma de exigência social” (sic).

Role-play

Quando pedido aos clientes para se agruparem em pares e pensarem numa situação geradora de stress, emergiu:

1. Falar em público;
2. Arranjar para sair de casa, quando nos deixamos dormir;
3. Gerir a medicação, quando está quase a acabar.

Balanço Global: Um Novo Dia

- **O que gostei?**
- **O que não gostei?**
- **O que senti?**
- **Que temas gostaria mais de ter abordado? Outros?**
- **Sugestões**

“O balanço global foi positivo, pelo que abordámos vários aspectos sobre a esquizofrenia e a sua influência na medicação com antidepressivos e ainda alimentar-se bem e fazer exercício físico, prevenindo ainda as doenças cardiovasculares” (sic).

“O balanço global das sessões é positivo, sessões dinâmicas e agradáveis” (sic).

“Como balanço global das sessões de psicoeducação acho que todas elas foram bastante produtivas e não acho que tenha faltado informação sobre a doença. Foi bastante proveitoso ter estas sessões porque consegui saber mais aprofundadamente as origens que causão este tipo de patologia e que para todos os efeitos é crónica” (sic).

“Foram produtivas” (sic).

*“Senti-me à vontade. Gostei do que foi falado, maneira geral. Não há nada, que não tenha gostado. Gostava de ter aprendido mais sobre a minha doença. Algumas dúvidas sobre a esquizofrenia paranóide. Mais esclarecimentos com o enfermeiro”
(sic)*

APÊNDICE IV

Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos dos Clientes em Contexto Comunitário

Questionário de Avaliação de Conhecimentos Inicial

Os clientes apresentam algumas noções sobre a doença, tratamento e reabilitação e várias concepções erradas sobre as mesmas.

5 – O tratamento da esquizofrenia inclui...repouso e ver t.v.

8 – Para tratar a Esquizofrenia deve-se tomar...antidepressivos.

11 – Após o internamento é importante: alimentar-se bem e fazer exercício físico.

12 – É importante fazer uma alimentação cuidada...para se ser feliz.

Questionário de Avaliação de Conhecimentos Final

1– A esquizofrenia é...algo que não existe.

5 – O tratamento da esquizofrenia inclui...boa alimentação e exercício físico.

8 – Para tratar a Esquizofrenia deve-se tomar...antidepressivos. (2)

11 – Após o internamento é importante: alimentar-se bem e fazer exercício físico.

12 – É importante fazer uma alimentação cuidada...para se ser feliz.

17 – É importante lidar com o stress porque...nenhuma das anteriores. (2)

a. Posso ter uma recaída e ficar doente

b. Posso ficar nervoso

c. Posso não arranjar trabalho

APÊNDICE V

Diário de Aprendizagem



4º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Estágio

Diário de Reflexão

Destino Mortal

Turno da Tarde (15:00 - 23:30)

Por Celso Fernando Pasadas

Lisboa, 2014

Quando me apresentei ao serviço, senti uma atmosfera diferente. Havia uma agitação no serviço. Tinham entrado novos clientes e muitos outros já não constavam no quadro de informações de enfermagem. Assisti à passagem de turno e colaborei nas rotinas habituais, antes de continuar a desenvolver os objectivos de estágio propostos. Ao questionar a enfermeira responsável sobre a alta dos clientes, esta referiu-me que um deles se tinha suicidado na casa de banho, enforcando-se com um lençol, durante a passagem de turno.

Este senhor tinha 24 anos, solteiro, dá entrada no serviço com o diagnóstico de psicose a esclarecer, trazido com mandado de condução emitido pelo delegado de saúde (06.01.2014). Este jovem foi detido por agressividade para com os agentes de autoridade e desacatos. É de nacionalidade suíça, tendo fugido de uma clínica psiquiátrica na suíça. À entrada com discurso desorganizado e desconexo, alucinações auditivas, postura tensa e aspecto mal cuidado. Refere ter sido torturado durante dias e privado do sono, pela policia, “tal como Jesus Cristo foi torturado” (sic). Esta em Portugal desde Dezembro de 2013, terá fugido do hospital psiquiátrico onde estava internado, por este ser comandado por máquinas que fazem experiências médicas com pessoas. Além de ter dormido no hostel, ficou nas instalações da policia por serem “muito boas”. Teve consumos de álcool e MDMA. Diz querer comprar um terreno na terra alta em Sintra para cultivar. Refere ser muito inteligente¹.

O primeiro contacto com este cliente foi no momento da sua admissão. Confesso que não empatizei com este jovem. Apresentava um contacto muito familiar, desadequado, provocador mantendo, no entanto, alguma afectividade para com alguns membros da equipa e outros clientes internados. O jovem apresentava-se claramente delirante referindo: “Vou descobrir a melhor água do mundo!” e “o meu pénis foi arrancado” (sic). Pelo facto de ter um perfil ligado às dependências e de não ter respeito pelos limites, manipulando para conseguir as coisas à sua maneira, irritava-me. Abordei sempre este cliente com alguma distância, não por medo, mas para não passar esta irritação e desagrado no comportamento. Isto porque também devido ao seu estado delirante, não se tornaria terapêutico/benéfico uma maior assertividade ou imposição de limites. Com o passar dos dias a minha

¹ Retirado do processo clínico e do mandado de condução.

irritação foi-se desvanecendo. Passei a empatizar com o jovem. Embora permanecesse delirante era possível estabelecer um laço com alguma carga afectiva. Questionei-me sobre “o que era meu” e “o que era do jovem” nesta situação específica. Porque razão é que o seu comportamento mexia comigo? Que contra atitudes estavam ali representadas?

Era um rapaz que adoptou um padrão de comportamento que lhe dava ganhos; um rapaz que tinha problemas com a autoridade, mas ao mesmo tempo a procurava na figura masculina; um indivíduo com várias hospitalizações, com apenas 24 anos. Eu e o jovem estávamos dentro da mesma faixa etária, com percursos diferentes; eu com formação superior a prestar cuidados num hospital, com projectos e objectivos de vida e o jovem, com tanto potencial, numa cama de hospital. Enchi-me de tristeza...tinha ali um jovem sem um projecto de vida, com sequelas cognitivas e uma certa dificuldade em elaborar. A sua situação depressiva foi-se agravando.

Os sintomas depressivos ocorrem em todas as fases da doença, especialmente no período prodrômico (60%) e durante o episódio psicótico (75%). Eles tendem a diminuir de intensidade com a diminuição dos sintomas positivos, presentes no período pós-surto (2% a 15 %) (Bressan, 2000). A frequência de episódios depressivos em pacientes esquizofrénicos estáveis é bastante alta, variando entre 16,5% em estudos transversais e em 65% em estudos de follow-up de 3 anos. Cerca de 10% dos pacientes com esquizofrenia cometem suicídio e em mais de 60% desses pacientes o suicídio está associado a sintomas depressivos. Na esquizofrenia os *“sintomas depressivos de maior especificidade, de maior utilidade para o diagnóstico clínico, são os seguintes: humor deprimido, desesperança, autodepreciação, idéias de referência de culpa, culpa patológica, depressão matutina, despertar precoce e suicídio”* (Bressan 2000, p.27).

Angustiava-me ver alguém tão jovem desorganizado. Ainda mais quando este ficava mais lábil e referia sentir-se pouco amado pela mãe. Senti-me impotente, senti que o jovem estava num lugar onde eu não conseguia chegar. A sua vivacidade e boa disposição tinham dado lugar à angustia, tristeza e sofrimento; tinha perdido o seu brilho. Quando me foi comunicado que o jovem se tinha suicidado fiquei perplexo e apático. Não conseguia acreditar no que se tinha

passado. Foi um choque. Comecei por não empatizar com o jovem e até o evitava, passando depois a empatizar e a estabelecer uma relação significativa com ele; quando a relação se tinha transformado, houve este corte de grande violência. Fiquei cheio de sentimentos de culpa. Teria de alguma forma contribuído para esta impulsividade? Teria sido alguma palavra mal interpretada? Poderia ter impedido isto?

No entanto também estavam presentes outros acontecimentos que também me fizeram pensar: Seria o facto de a alta se estar a aproximar? De ter medo de voltar a ser internado no sítio de onde fugiu? Foi algo que me deixou muito confuso. Terá o jovem tido um rasgo de insight e num momento de “retrospectiva depressiva grave” relativamente ao seu passado e futuro ter decidido matar-se? Qual o impacto que iria ter na família? Só pensava nesta mãe a deslocar-se a Portugal para ver e levar o corpo do filho.

Facto foi que esta família, durante o tempo em que o jovem teve internado nunca apareceu para o ver. Seria por dificuldades económicas? Cansaço? Este jovem tinha um historial de doença psiquiátrica pesada, com consumo de substâncias à mistura, com péssimo prognóstico. Pode parecer frio e insensível, mas também pensei se para aquela família e para o jovem inclusivé, de maneiras diferentes, não teriam alcançado a paz.

As pessoas com esquizofrenia experienciam uma maior taxa de mortalidade do que a população em geral, devido ao suicídio (Esperanza et al 2012). Grande parte das pessoas que comete suicídio são jovens do sexo masculino. Tentativas de suicídio prévias são um factor de risco importante. O risco suicida está associado a sintomas psicóticos positivos, sintomas afectivos, depressão e abuso de substâncias. A adesão ao tratamento é um factor protector importante. As pessoas com esquizofrenia terão mais tendência para se suicidarem com métodos violentos (Esperanza et al 2012). Segundo Sinclair (2004) mencionado por Esperanza et al (2012), um factor de risco independente, mas importante no suicídio de pessoas com esquizofrenia, prende-se com o envolvimento policial na condução à hospitalização, sob o pressuposto da lei de saúde mental.

Os achados de uma amostra de 1658 de pessoas com esquizofrenia que se suicidaram mostram que o risco suicida aumenta após a admissão e após a alta (6

meses) e diminui rapidamente após o tratamento e reabilitação (Qin et al 2005 mencionado por Esperanza et al 2012). O subtipo de esquizofrenia que mais associado esta ao risco de suicídio é o paranóide. Funahashi (2000) mencionado por Esperanza et al (2012) associou o risco de suicídio às pessoas com pior prognóstico, com associação significativa à presença de ideação suicida, ansiedade com medo de desintegração mental e alucinações auditivas com vozes de comando. Segundo Osby (2000) mencionado por Esperanza et al (2012), o enforcamento é o método mais comum nos homens enquanto nas mulheres é a intoxicação, tal como na população em geral, existindo no entanto uma proporção mais alta de suicídios através da defenestração para os dois sexos. Torna-se importante efectuar o diagnóstico diferencial entre sintomatologia negativa e sintomas depressivos enquanto factor de risco. A prevenção no suicídio da esquizofrenia envolve a melhoria na adesão à terapêutica, trabalhando o insight e considerar a medicação antipsicótica de libertação prolongada no tratamento (Esperanza et al 2012).

Esta experiência de cuidados que tive, não trouxe nada de bom para mim. Penso que ficou um vazio e que o mundo ficou mais pobre. É uma situação que dá que pensar e que nos faz questionar se estamos a fazer tudo o que podemos para proteger os doentes deles próprios. Muito provavelmente este rapaz, caso não tivesse sucesso, iria tentar novamente. Dei por mim a pensar que este rapaz viajou para tão longe para morrer “sózinho” numa ala psiquiátrica.

Sinceramente não sei o que mais poderia ter feito. Penso que de futuro, irei olhar de outra forma para estas situações de flutuação de sintomatologia afectiva depressiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Esperanza et al. (2012). Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*;40(6):333-45;
- Bressan, R (2000). A depressão na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*; 22 (Supl I):27-30.

APÊNDICE VI

Questionário Sócio-demográfico

PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome que gosta de ser tratado:

Idade:

Coincide com o real:

Género:

Nacionalidade:

Morada:

Escolaridade:

Cohabitação:

Profissão/ocupação:

Centro de Saúde:

HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL

PRIMEIRA INFÂNCIA (parto, alimentação, desenvolvimento psicomotor, psicopatologia infantil, vida familiar precoce).

SEGUNDA INFÂNCIA (vida escolar, primeiras amizades, eventuais contactos sexuais).

PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA (vida escolar, evolução da sexualidade, amizades, hobbies, comportamentos de risco - consumo de substâncias, amorexia, bulimia).

IDADE ADULTA (vida profissional, vida relacional, filhos, vida militar, actividades sociais).

DADOS CLÍNICOS/AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

BIÓTIPO

Endomorfo
Mesomorfo

Ectomorfo

ORIENTAÇÃO

Mantida:

Alterada:

Temporal Espacial
Autopsíquicamente

Alopsíquicamente

EXPRESSÃO FACIAL

Sem alterações:

Alterada:

Hiponímia Hipernímia Inexpressiva Perplexa
Risos imotivados

CONTACTO

Mantido:

Alterado:

Superficial
Negativista

Indiferente

Exuberante

ATENÇÃO

Mantida:

Alteração:

Activa

Passiva

PENSAMENTO

Mantido:

Alterado:

Taquipsiquismo

Fuga de ideias

Circunstanciado

Bradipsiquismo

Inibido

Bloqueio Perseveração

Descarrilamento

Fusão

Desagregado

Incoerente

Difusão do pensamento

Roubo do

pensamento

Imposição do pensamento

Ideias obsessivas

Ideias sobrevalorizadas

Delírios de

conteúdo: _____

Insight:

Juízo crítico:

LINGUAGEM

Mantida:

Alterada:

Lentificação
Ecolália

Aprosódia

Tartamudez

Verbigeração

Prolixidade
Pobre

Verborreia

Mussitação

Neologismos

Paralogismos

Desorganizado

Pararesposta

Tangencialidade

PERCEPÇÃO

Mantida:

Alterada:

Hiperestesia
Alucinações

Hipostesia

Ilusões

MEMÓRIA

Evocação:

Declarativa:

Alterada:

anterógrada

retrógrada

lacunar

remota

VIVÊNCIA DO EU

Sem alteração:

Alterada:

Despersonalização
Duplicação

Perda da ressonância emocional

Autoscopia

HUMOR

Eutímico:

Alterado:

Expansivo
Ansioso

Depressivo

Disfórico

AFECTO

Mantidos:

Alterados:

Embotamento afectivo
Anedonia

Labilidade afectiva

Ambivalência afectiva

Anestesia afectiva
Perplexidade

Dissociação afectiva

Incontinência afectiva

Paratímia

Puerilidade

ANSIEDADE

Sem:

Com:

Ansiedade neurótica

Ansiedade psicótica

MOTRICIDADE

Sem alterações:

Alterada:

Hiperatividade
Maneirismos

Hipoatividade

EXAME FÍSICO

PELE E MUCOSAS

Coradas
Íntegro

Hidratadas

Acinótico

Anictérico

ANTECEDENTES PESSOAIS (alergias, hábitos tabágicos, alcoólicos, cirurgias...):

AUTONOMIA

Mantida:

Alterada:

Alimentação
Transportes

Higiene

Tarefas domésticas

DADOS FAMÍLIA/HABITAÇÃO

Idade do pai:

Profissão do pai:

Idade da mãe:

Profissão da mãe:

Irmãos:

Idade:

Profissão:

Genograma:

Ecomapa:

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

Último internamento:

Internamentos anteriores:

Instituições onde foi internado:

Internamentos compulsivos:

Abuso de substâncias:

Canabinóides

Cocaína

Anfetaminas

Benzodiazepinas

Outros:

Vem à Consulta de Psiquiatria sempre que marcada pelo Psiquiatra? ____

Frequenta algum Fórum Sócio-ocupacional? ____

Frequenta alguma Formação Profissional? ____

PESSOA DE REFERÊNCIA

Nome:

Afinidade:

Morada:

Localidade:

Telemóvel:

APÊNDICE VII

Estudo de Caso



4º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Estágio de ESMP
(Ano 2013-2014)

Estudo de Caso

Por Celso Fernando Pasadas

Lisboa, 2014

INTRODUÇÃO

Ao cuidar o outro usamos o “nosso “eu” como instrumento terapêutico (...) então, para que essa opção seja eficaz, precisamos de ser detentores de um auto-conhecimento elevado e de possuímos uma noção de integridade do “eu” ”
(Lopes 2006, p.73).

Ao longo do internamento realizei várias actividades tendo como pano de fundo: um trabalho de análise e reflexão à pessoa cuidada, satisfação das suas necessidades no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; o trabalho em equipa e o trabalho reflexivo sobre o "meu cuidar" em contexto de estágio profissional.

O internamento é uma fase de grande sofrimento e de ruptura pessoal, familiar, social e afectiva. Cuidar esta pessoa em fase de descompensação teve os seus desafios a vários níveis: Como cuidar esta cliente, indo ao encontro das suas necessidades, integrando-as dentro do plano de cuidados? O que fazer quando o plano de cuidados não pode ser construído em conjunto com a cliente, numa fase inicial? Como trabalhar questões de adesão ao tratamento, se a cliente acha que não está doente? Como gerir a frustração da cliente relativamente ao tempo de internamento, constatando que esta não apresenta melhorias significativas? Quais os seus sentimentos? Qual o impacto desta situação em mim?

A magnitude do impacto das doenças psiquiátricas só se tornou mais evidente quando “se reconheceu a enorme dimensão da incapacidade originada por estas doenças” (Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, 2007 p. 22). Quando o indivíduo é atingido por “uma doença psíquica, os sintomas mentais, que são uma realidade subjectiva, resultam quase sempre em comportamentos, actos e inibições ou incapacidades, manifestando-se a doença na vida de relação com os outros e com o mundo.” (Jara, 2002). O enfermeiro de saúde mental surge aqui como um importante agente na mudança, usando “saberes científicos e humanos para cuidar

da pessoa de forma global, sobretudo quando esta atinge grandes níveis de vulnerabilidade e fragilidade como acontece na doença mental, com vista à sua reabilitação tão rápida quanto possível, por forma a se integrar na sua comunidade” (Freitas 2002, p. 252).

Relativamente à filosofia de cuidados integrei uma abordagem eclética, aceitando os conceitos e os valores que me ajudassem a uma melhor compreensão da pessoa e da situação clínica, bem como dos seus recursos internos e externos; no entanto a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1952) fez-me mais sentido.

Hildegard Peplau (1952) define enfermagem como um processo interpessoal, uma vez que se trata de uma interacção entre duas ou mais pessoas com uma meta comum (Peplau, 1952; mencionado por George et al, 1993, p.49). Esta meta é conseguida através do cumprimento de passos; a relação entre enfermeiro e cliente desenvolve-se num ambiente terapêutico em que o profissional usa um conjunto de metodologias, desempenhando papeis. Cada indivíduo deve ser encarado como uma estrutura biopsicossocial única, que comunica de forma diferente com o mundo: *“quando o profissional de enfermagem e o paciente identificam pela primeira vez um problema e começam a focalizar o desenvolvimento da acção, eles abordam esse desenvolvimento a partir de conhecimentos e experiências diversas e de singularidades individuais.”* (Neuman, 1952, citado por George et al, 1993). O cuidar pressupõe uma interacção, ou seja, deve *“ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado (...)”* (Collière 1999, p. 155). Toda esta interacção tem lugar, num espaço privilegiado, que é a relação de ajuda. Esta relação processa-se ao nível da comunicação, baseando-se num *“processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”* (Phaneuf 2002, p. 264). A avaliação dos cuidados de enfermagem tem como objectivo reflectir sobre a forma como os cuidados dinamizam as capacidades dos indivíduos para responder às suas necessidades de saúde, permitindo-lhes valorizar o que fazem e adquirir uma valorização do que são (Collière 1999, p. 315).

Com a elaboração deste trabalho pretendo reflectir sobre a minha prestação de cuidados a uma cliente com esquizofrenia paranóide, de forma a compreender qual

o impacto que a doença psíquica tem na cliente, tendo por base estratégias relacionais. Esta situação de cuidados teve lugar num serviço de Internamento de agudos de psiquiatria, num hospital em Lisboa.

1. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA DE CUIDADOS

Cuidar envolve um compromisso e uma intencionalidade, onde tanto o cliente como o enfermeiro, se encontram numa atmosfera interactiva e de partilha, participando com os seus *backgrounds* num objectivo comum. Só quando o cuidar tem como *“horizonte a saúde da pessoa, é que o profissional toma consciência de que não há situações de cuidados complexas ou simples, mas sim situações únicas, todas diferentes umas das outras.”* (Hesbeen, 2002). A comunicação terapêutica estabelece-se como a *“principal ferramenta terapêutica (...) uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que (...) motiva os seus esforços para se preservar da doença (...).”* (Phaneuf 2002, p.17). Prestar cuidados a indivíduos constitui-se como um *“enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”* (Watson 2002, p.52). Torna-se necessário que os enfermeiros reflectam sobre a sua prática, tentando compreender de que forma percebem o cliente e as suas necessidades de cuidados, descobrindo-se a si próprios enquanto indivíduos e profissionais de saúde.

2. AVALIAÇÃO DA CLIENTE

Toda a interacção com a cliente teve lugar num contexto terapêutico, dentro da entrevista, na qual se baseiam as observações efectuadas. O levantamento de informação relativamente à cliente e à avaliação que se segue, foi feito na primeira pessoa e através do marido. A entrevista efectuada à cliente teve lugar num local

acolhedor que salvaguardasse a sua privacidade, numa sala anexa à sala de enfermagem.

Para efectuar uma avaliação diagnóstica da problemática referida, considerei também os aspectos psicopatológicos, decorrentes do processo de doença que incapacita a cliente. A esquizofrenia é um transtorno causado por diversos factores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno (Giacon & Galera, 2006). O curso desta doença é sempre crónico com marcada tendência à deterioração da personalidade do indivíduo (Neeb 2000, p.228). A esquizofrenia é uma doença de longa duração, durante o qual a pessoa experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família (Giacon & Galera, 2006). Quando existe uma crise pode surgir uma diversidade de sintomas, diferente de pessoa para pessoa.

A senhora D. Manuela (nome fictício) apresentava uma postura revoltada em relação ao internamento compulsivo. Tem 36 anos, é de raça negra, nasceu em Angola. Tem o 12º ano de escolaridade e vive com o marido e dois filhos (uma rapariga de 10 anos e um rapaz de 8 anos). Tem a profissão de técnica de acção educativa que não exerce.

É testemunha de Jeová. Mora em Sacavém. Relativamente à sua história pessoal e social, a senhora Manuela nasceu por parto normal. Não teve problemas de adaptação alimentar, com desenvolvimento psicomotor normal e bom relacionamento familiar.

Em relação ao desenvolvimento na segunda infância refere: *“Na 1ª classe estive isolada...não sei porquê, mas não me dava muito com as outras crianças, mas depois melhorou...mas fui sempre reservada mas tinha amigos na escola”* (sic).

Na adolescência refere que: *“sempre me aceitei bem...não foi complicado...não senti discriminação...caminhava, lia e saía até à praia...estive na PAMI dos 17 anos até aos 20 anos...gostava de me sentir útil e foi aí que decidi ser professora”* (sic). Relativamente à idade adulta: *“Aos 21 anos comecei a namorar com o meu marido, que foi o único...casei-me aos 24 anos...comecei a dar aulas dos 22 anos aos 24 anos...depois vim para Portugal devido à guerra”* (sic). A cliente foi

seguida anteriormente em consulta no Hospital de Santa Maria. O último internamento foi em 2011.

Em relação à avaliação psicopatológica, a cliente apresentou-se sem alterações do seu estado de consciência. Relativamente à orientação, a senhora D. Manuela esteve orientada alo e autopsíquicamente e no espaço, tendo apresentado desorientação temporal, numa fase inicial provavelmente pela duração do internamento e desorganização da doença. Muitos dados da sua biografia a cliente não foi capaz de fornecer por alterações da memória a longo prazo. Esta cliente esteve internada perto de 2 meses.

Apresentava bom contacto, um discurso fluído e coerente com débito normal. Sem alterações da atenção. Apresentava ideias delirantes residuais, pouco sistematizadas de conteúdo persecutório e de auto-referência com algum dinamismo: *“eu quero acreditar que aquelas coisas que se passavam comigo não são reais...mas não tenho a certeza...é tudo muito estranho”* (sic). Com crítica parcial para a sua situação. Não foram apuradas alterações do limite do “Eu”. Apresentava humor eutímico e afectos mantidos.

Em termos de exame físico, a cliente apresentava: aspecto cuidado; uma aparência concordante com a idade real; pele hidratada e mucosas coradas; normotensa e normocárdica; IMC=20; sem alterações visuais ou auditivas; sem alterações a nível da marcha. Não refere cirúrgias. Não refere alergias, só *“a comida estragada”* (sic). Não fuma nem nunca experimentou drogas. Consumo muito esporádico de álcool. Com autonomia ao nível das actividades de vida diária.

Em termos familiares a cliente refere não se lembrar dos nomes, idades ou profissão de muitos dos seus familiares, fornecendo alguns dados da família mais próxima (ver genograma e ecomapa).

Teve sempre uma postura de ocultação, o que dificultou a abordagem terapêutica. Recordo-me que uma noite à hora de jantar, quando a cliente tinha de cumprir o esquema terapeutico, esta verbalizou: *“mas para quê tanto medicamento...eu só durmo o dia todo”* (sic), ficando muitas vezes reactiva.

Quando a cliente se recusou a tomar a medicação, este comportamento teve ressonância em mim. Claro que a senhora tinha razão. Estava numa situação de doença e desorganização; tinha vários comprimidos para fazer que lhe davam

sonolência, mantendo este esquema semana após semana. Se eu estivesse doente e completamente confuso com o que se passava comigo, talvez não fosse tão controlado como a cliente foi. Parei, sentei-me ao pé dela e ouvi-a.

Esta cliente levou muito tempo a remitir a sua sintomatologia positiva, provavelmente pela descontinuação da terapêutica e do seu comportamento de ocultação. Verbalizando: *“Para que é isto? Não era preciso...”* (sic). Num dia em que teve visitas, quis abandonar o internamento, não deixando o marido sair.

Um aspecto negativo, que se prende com as estruturas do serviço, diz respeito ao não-funcionamento da terapia ocupacional, dentro do internamento. Muitos clientes não são propostos para ir à terapia ocupacional. Os que são, deslocam-se ao exterior, existindo muitas vezes fugas. Se esta actividade estivesse em funcionamento dentro do serviço poderia contribuir para uma maior integração dos clientes integrados e estimular mesmo os que têm maiores dificuldades cognitivas e de organização e que não estarão em condições de se deslocar devido ao risco de fuga.

Em termos relacionais, esta cliente foi sempre reservada não interagindo muito com os outros técnicos ou com os outros clientes internados, desconfiada por períodos. No entanto era uma pessoa cordial.

No que diz respeito ao seu ambiente familiar, tive a oportunidade de entrevistar o marido durante o internamento, onde foram facultadas algumas informações e citações das quais passo a descrever: *“Tornou-se impossível tê-la em casa...os miúdos estavam assustados...não dormia...estava desconfiada...dizia que mexiam nas coisas lá em casa e que muitas tinham desaparecido...que estavam à espera dela lá fora. Ela sempre foi uma pessoa reservada, não tem muitos amigos...mas ultimamente já não saía de casa...mas ia fazendo as coisas...a medicação nem vê-la. Tive de falar com a médica e a delegada de saúde”* (sic).

A família tem um papel importante como suporte, em todo o decurso da convalescença/reabilitação, pelo que descurando esse papel, o sucesso da reabilitação, estará comprometido. Se momentos *“depois na nossa prática, lembramo-nos da família apenas para fornecer os dados de um questionário, que por vezes tem uma utilidade meramente casuística”* (Fridman citado por Luis 2000 p. 23).

Durante a entrevista foi possível dialogar com o marido e no início, a cliente apresentava uma postura revoltada em relação ao internamento compulsivo e ao longo da entrevista tentamos promover a expressão de sentimentos, usando uma escuta activa, adoptando uma postura empática e de respeito, sem efectuar juízos de valor. Foram dadas algumas informações vitais relativamente aos passos a adoptar na alta e como reconhecer sinais precoce de alerta.

Para efectuar a identificação de necessidades da cliente, recorri ao modelo de Hildegard E. Peplau baseado nas *Relações Interpessoais em Enfermagem*. Peplau (1992, p. 5), descreveu a enfermagem como sendo “uma relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessitada de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”. Assim sendo a enfermagem constitui-se como um processo significativamente “terapêutico e interpessoal (...) funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades (...)” (Peplau 1992, p. 14).

3. NECESSIDADES DE CUIDADOS IDENTIFICADAS E ESTRATÉGIAS DE COPING

Prestar cuidados a esta cliente tornou-se num grande desafio para mim, na medida em que me permitiu reflectir sobre a maneira como cuido. Antes de avançar para a parte da orientação e promoção de saúde ao nível dos cuidados, tive de compreender de que forma é que os vários aspectos sobre a adesão ao tratamento eram percebidos pela cliente, ou seja, encarando a cliente “*com afecção psíquica, independente da doença ou do grau de incapacidade, como uma unidade bio-psico-socio-espiritual*” (Roseiro & Raposo 1992, p. 309).

Neste contexto o profissional de saúde deve promover o envolvimento, a participação e prestar os esclarecimentos necessários à tomada de decisões informadas. Os clientes com patologia psíquica aguda necessitam de um acompanhamento individual, com estratégias adequadas à sua situação. Neste processo torna-se fundamental que os clientes entrem num processo reabilitativo. A reabilitação consiste em “*ajudar o outro a ser o autor da sua própria vida naquilo que*

ela pode ter de mais pessoal e original” (Navalhas & Jubilot 1996, p. 172). A ênfase da reabilitação é *“colocada nas capacidades positivas do doente e na tentativa de obtenção de uma maior autonomização (...) tal perspectiva pressupõe uma intervenção multidisciplinar de apoio contínuo, de forma a que, de toda a acção resulte uma função integradora, que vise proporcionar ao doente uma maior integração familiar, social e profissional*” (Navalhas & Jubilot 1996, p. 173). A Organização Mundial de Saúde em 2001 definiu a Reabilitação Psicossocial como um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados/incapacitados devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, envolvendo quer o incremento de competências individuais quer a alteração ao nível ambiental. Torna-se fundamental promover o *empowerment* das pessoas doentes mesmo durante a hospitalização, de forma a facilitar a participação activa na definição e implementação de medidas que favoreçam a sua autonomização.

O *empowerment* corresponde a um conjunto de estratégias de fortalecimento de poder, da autonomia e da auto-organização e é visto como um processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as suas decisões e acções que afectam a sua saúde (Health Promotion Glossar, Génève: 1998 mencionado por Cardoso 2008, p. 352). Através da capacitação pretende-se que a pessoa viva a sua vida de forma plena e com qualidade. Esta deve ser entendida como um conceito subjectivo e que varia ao longo do tempo, dado que *“(...) a qualidade de vida não se encontra numa dependência estrita do conforto, do prazer ou da saúde, (...) está mais relacionada com a satisfação relativamente à sua existência, ou seja, com a construção e nível de realização de um projecto de vida próprio*” (Pacheco 2002, p.74).

A reabilitação psicossocial pressupõe assim a personalização e a especificação de todos os procedimentos em função das necessidades da pessoa e dos requisitos do meio. Neste contexto o profissional de saúde deve promover o envolvimento, a participação e prestar os esclarecimentos necessários à tomada de decisões informadas. O processo de reabilitação deve ser conduzido através do estabelecimento de uma sólida parceria entre a pessoa com disfunção psiquiátrica e o profissional de reabilitação (Anthony et al., 2002; Pratt et al., 2002). O processo de

reabilitação, influenciado determinantemente pelos objectivos, valores e princípios desta área de intervenção, deve ser organizado no sentido de dar o suporte necessário, promover o desenvolvimento das competências e as necessárias adaptações do meio, para que a pessoa com disfunção psiquiátrica funcione eficientemente e encontre o sucesso e satisfação no contexto residencial, educacional, social e vocacional por si escolhido (Anthony et al., 2002; Pratt et al., 2002).

Os clientes com patologia psíquica aguda necessitam de um acompanhamento individual, com estratégias adequadas à sua situação. Uma das minhas dificuldades neste processo foi tornar as minhas avaliações de necessidades de cuidados, “percebidas” pela cliente. Durante este processo de prestação de cuidados senti que se estabeleceu um laço terapêutico. No entanto nem sempre foi fácil. A cliente isolava-se frequentemente, recusando falar, encontrando-se sonolenta devido à medicação. Todos estes factores interferiam na relação que estava a construir. Dei por mim, muitas vezes a solicitar à cliente que respondesse/elaborasse sobre o que estava a sentir e sobre a sua percepção da evolução do internamento. Dei por mim a questionar-me: *“Porque estarei a ser tão insistente? Porque estarei com dificuldade em respeitar o seu timing? Estarei a afastar cada vez mais a cliente? Estarei a frustá-la ainda mais?”* Penso que este meu comportamento talvez tenha a ver com o acreditar que a cliente tinha mais capacidades e que poderia colaborar mais.

Durante o acompanhamento foram identificadas necessidades de cuidados: relativamente à gestão da sintomatologia e adesão ao tratamento e aos skills necessários para mobilizar recursos internos e externos que permitam à cliente minimizar os impactos da crise. Recorri a McCloskey & Bulechek (2004) – Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Artmed, para melhor adequar às minhas intervenções ao nível do: Controlo das Alucinações (6510), da Intervenção na Crise (6160), do Controlo do Delírio (6440), do Melhoramento do Enfrentamento (5230), da Promoção do Envolvimento Familiar (7110) e da Mobilização Familiar (7120).

Controlo de Alucinações (6510)

- Estabelecida uma relação interpessoal e de confiança com a cliente;
- Monitorizado e regulado o nível de actividade e estimulação do ambiente;
- Registado os comportamentos indicativos de alucinação;
- Monitorizado os efeitos secundários dos medicamentos e efeitos desejados;
- Oferecido ensino sobre a doença à cliente.

Controlo do Delírio (6440)

- Reconhecido e aceite as percepções e interpretações da realidade que a cliente tinha.

O resultado da implementação destas intervenções tiveram visibilidade após 1 mês e meio. Esta cliente demorou imenso tempo a remitir da sua sintomatologia psicótica. Em parte por ocultação, por outro lado devido aos efeitos de sedação que fizeram com que a cliente comesse a esconder a medicação. A partir do momento em que se implementou medicação em solução oral, conseguiu-se ter um controlo diferente e uma melhor adesão, permitindo efectuar ajustes a nível da medicação mais sedativa. Em termos de estímulos ambientais, por vezes a cliente foi mudada de quarto porque a desorganização das outras clientes interferiam com a reestruturação interna da mesma.

Melhorar o Enfrentamento (5230)

- Avaliada a compreensão que a cliente tem do processo de doença;
- Propiciada uma atmosfera de aceitação;
- Promovida uma atitude realista e de esperança como forma de lidar com sentimentos de desamparo;
- Incentivado a cliente a identificar os seus pontos fortes e capacidades;
- Encorajar actividades sociais e comunitárias.

Foi feita uma avaliação com base em indicadores de avaliação (adaptados de Johnson et al, 2005), relativamente à adesão à terapêutica e processo da doença. Relativamente ao último item não foi possível apurar se a cliente se associou a alguma estrutura comunitária ou de reabilitação.

Terapêutica prescrita:

Quetiapina 200 mg ao deitar;

Diazepam 10 mg ao peq. almoço, almoço e jantar;

Aripiprazole 30 mg ao peq. almoço;

Mirtazapina 30 mg ao deitar.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Temho por base alguns indicadores adaptados de Johnson et al (2005) - Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Artmed, avaliei o conhecimento inicial e final sobre a medicação e a doença.

Conhecimento Inicial: Medicação (1808)

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre uso seguro da medicação					
Indicadores	Nenhuma 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Extensivo 5
Descreve as acções do medicamento (180804)	X				
Descreve as vantagens da toma da medicação (180818)		X			
Compreende a		X			

importância da adesão à medicação (180819)					
---	--	--	--	--	--

Conhecimento Inicial: Processo da doença (1803)

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre processo de doença específico					
Indicadores	Nenhuma 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Extensivo 5
Familiarizado com o nome da doença (180301)		X			
Descreve os efeitos da doença (180305)	X				
Descreve os sinais e sintomas (180306)	x				
Descreve as medidas para minimizar a progressão da doença (180308)	X				
Enumera os motivos da não adesão ao regime terapêutico (180312)			X		

Conhecimento Final: Medicação (1808)

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre uso seguro da medicação					
Indicadores	Nenhuma 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Extensivo 5
Descreve as acções do		X			

medicamento (180804)					
Descreve as vantagens da toma da medicação (180818)		X			
Compreende a importância da adesão à medicação (180819)			X		

Conhecimento Final: Processo da doença (1803)

Definição: Extensão da compreensão transmitida sobre processo de doença específico					
Indicadores	Nenhuma 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Extensivo 5
Familiarizado com o nome da doença (180301)			X		
Descreve os efeitos da doença (180305)		X			
Descreve os sinais e sintomas (180306)		X			
Descreve as medidas para minimizar a progressão da doença (180308)		X			
Enumera os motivos da não adesão ao regime terapêutico (180312)				X	

Após a aplicação dos indicadores de avaliação sobre o conhecimento da medicação e o conhecimento do processo da doença, constatei que os conhecimentos da cliente se deslocaram de forma positiva, para os níveis

imediatamente superiores, em todos os indicadores. Efectuei uma sensibilização para os aspectos mais importantes da adesão ao tratamento, ligados ao seu percurso individual: características da doença; sinais precoces de alerta; importância da adesão à terapêutica; tratamento e reabilitação. A cliente reagiu com agrado às sessões de sensibilização. No entanto parecia agir como se nada daquilo lhe dissesse respeito. Questionei-me: Seria o momento certo? Seria necessário trabalhar um "degrau" abaixo antes de se avançar para as questões psicoeducativas? O seu comportamento/desinteresse seria mesmo do curso da doença?

Intervenção na Crise (6160)

- Auxiliado a cliente a identificar factores precipitantes e a dinâmica da crise;
- Auxiliado a cliente na identificação de elementos positivos pessoais e habilidades que possam ser usadas na solução da crise.

Foram várias vezes abordados com a cliente quais os sinais precoces de alerta e o que fazer em caso de descompensação, bem como os recursos que podia mobilizar. No entanto como a sintomatologia positiva manteve-se residual, interferindo na crítica para a sua situação morbida, não foi possível aprofundar recursos internos para lidar com a crise.

Promoção do Envolvimento Familiar (7110)

- Identificadas capacidades dos membros da família para envolvimento nos cuidados à cliente;
- Identificadas expectativas do cuidador em relação à cliente.

Mobilização Familiar (7120)

- Ouvida a família;

- Estabelecida uma relação de confiança com a família;
- Oferecida à família informações frequentes sobre o progresso da cliente;
- Determinado como o comportamento familiar afecta a família e vice-versa.

O apoio dado à família foi fundamental, na medida em que o facto de existir um espaço onde esta pudesse falar sobre as suas dúvidas e angústias ajudou-os a consciencializarem-se mais acerca das suas dificuldades, a integrarem-se de forma articulada com os técnicos na colaboração da elaboração de um plano reabilitativo com a cliente. É um período de reorganização familiar e ao mesmo tempo de algum “descanso”, por saberem que o familiar esta a ser cuidado. Foi um ótimo momento para fazer psicoeducação de forma informal sobre sintomatologia, medicação, evolução da doença, tratamento e reabilitação.

4. COMO ESTAREI EU A CUIDAR?

Em serviços de psiquiatria de doentes agudos e crónicos, as necessidades dos clientes são bastante específicas e constituem-se um desafio diário. A minha abordagem terapêutica centra-se ao nível da relação de ajuda. Esta visa *“dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar (...) toda a relação de ajuda é comunicada mas nem toda a comunicação é uma relação de ajuda”* (Lazure 1994, p. 97). Na prática de cuidados, devido ao carácter de proximidade que se estabelece através da relação com o cliente, sinto muitas vezes a necessidade de estabelecer limites e direccionar o cliente para o estabelecimento de objectivos terapêuticos.

A não existência de *insight* e juízo crítico, constituem-se como barreiras no estabelecimento de uma relação de ajuda. Uma das estratégias que adopto, passa, essencialmente, pela actuação no momento de crise com vista à estabilização do cliente, para posteriormente serem trabalhados outros aspectos de cuidados. Aliada a esta actuação continua a estar presente o princípio do respeito pela dignidade

humana, esclarecendo o cliente, sobre todo e qualquer cuidado prestado, aspecto este abrangido no Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro.

Para intervir de forma adequada, *“a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver (...) o papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema”* (Lazure 1994, p. 13). Cuidar clientes com esquizofrenia provoca-me, muitas vezes, sentimentos de ambivalência. Necessito de efectuar reflexões constantes acerca da minha prática e das hipotéticas intervenções que possam adquirir um carácter “violento” para o cliente. Existe uma grande tendência para o paternalismo, na medida em que a existência de sintomatologia positiva ou negativa, acarreta sequelas a nível cognitivo e comportamental. Como tal, o cliente tende a ser percepcionado num espectro de regressão, onde não são reconhecidas as potencialidades e capacidades do mesmo. É fundamental estar desperto para esta situação, enquanto enfermeiro de saúde mental, uma vez que estes comportamentos podem contaminar a relação com o cliente e condicionar todo o processo terapêutico. Por vezes, uma das minhas dificuldades é o estabelecimento de objectivos, reconhecido pelo cliente. Segundo Peplau (1952) mencionado por George (1993, p. 51), na *“fase inicial de orientação, o profissional e o paciente encontram-se como dois estranhos (...) o paciente e/ou a família apresentam uma “necessidade percebida” (...) essa necessidade, todavia, pode não ser prontamente identificada ou compreendida pelas pessoas envolvidas”*. Assim surgem dificuldades em iniciar o processo terapêutico, sendo necessário o uso de estratégias para que se dê alguma mudança ao nível do pensamento, tornando estas necessidades “percebidas por mim” em necessidades “percebidas pelo cliente”. Estas intervenções têm de ser adequadas ao próprio contexto da cliente, promovendo espaço para a expressão de sentimentos, estando com o cliente no “aqui” e no “agora”, ou seja, baseando-se numa *“atenção sustentada da prestadora de ajuda no momento presente que a leva a estar alerta para o que vive a pessoa ajudada no imediato, o que se passa na relação que as une”* (Phaneuf 2002, p. 373).

Outro aspecto importante prende-se com a percepção ou o sentimento do outro. É importante reflectir sobre o impacto das minhas intervenções, uma vez que podem provocar sentimentos de hostilidade, vergonha bem como comportamentos de desadaptação. Assim o cliente deve ser envolvido numa parceria, a nível dos cuidados, promovendo um ambiente contentor e seguro, assegurando a sua privacidade, de forma a compreender quais são as suas especificidades. A parceria é iniciada dentro do contexto da entrevista. Esta constitui-se como uma *“estratégia de comunicação profissional para a qual a enfermeira estabelece um processo de suporte para a pessoa cuidada (...) a fim de a ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença e ao seu tratamento ou às dificuldades existenciais que prejudicam a sua adaptação à situação vivida”* (Phaneuf 2002, p . 289). Este processo é fundamental para uma prática de qualidade, sendo que esta adquire este carácter quando *“faz sentido para a situação que a pessoa doente esta a viver tendo como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam, alcancem a saúde”* (Hesbeen 2002, p . 52).

Podemos operacionalizar a relação de ajuda em três fases: Orientação, Operacional e de conclusão. Na fase de orientação, o enfermeiro e o cliente “acordam” um contracto para estabelecerem guidelines para traçar objectivos terapêuticos. Isto pressupõe que se estabelece uma relação de confiança, em que o profissional deixa de ser visto como um estranho e passa a ser visto como um elemento significativo. Na fase operacional existe a identificação e resolução de problemas de cuidados, numa perspectiva única, uma vez que o cliente é único. Por fim, temos a fase de conclusão que se reporta ao fim da relação de ajuda, existindo aqui uma recapitulação das aprendizagens efectuadas.

O enfermeiro deve na sua abordagem terapêutica, utilizar estratégias para melhor apreender o outro. Na relação de ajuda a escuta é *“uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes”* (Lazure 1994, p. 16). Esta é uma das capacidades mais importantes no processo de ajuda que pode condicionar a relação do enfermeiro com o cliente. Se um cliente sente que não temos disponibilidade para estar com ele, toda a inércia que esta relacionada com o cuidar, não se processa. Estar apto para escutar, significa que o enfermeiro *“concentra-se no desejo de estar*

em estreita relação com o cliente, (...) afasta as preocupações pessoais para adquirir serenidade (...) e consciente dessa mesma serenidade, prepara-se para abrir o seu espírito ao cliente, isto é, para o acolher inteiramente” (Lazure 1994, p. 17).

No decorrer da entrevista de ajuda, o enfermeiro que *“quer ajudar o cliente a desenvolver a sua capacidade de clarificação possibilita-lhe que identifique concretamente as suas percepções, sentimentos e experiências relacionadas com o problema actual”* (Lazure 1994, p. 38). Esta é uma etapa fundamental, na medida que se constitui como um momento organizador, ajudando o cliente a traçar objectivos terapêuticos. Contribui também para o sentimento de valorização do cliente, dando a entender que o enfermeiro *“se preocupa com a pessoa por ela mesma, com as suas reacções ao seu problema de saúde, com a sua dificuldade e com a maneira de se lhe adaptar, com os seus sentimentos e com os seus medos mais do que com a sua doença como tal ou com os seus problemas existenciais”* (Phaneuf 2002, p. 331).

Isto pressupõe uma atitude de respeito, acreditando no cliente, *“escutando-o atentamente , abstendo-se de o julgar e tentando compreender o seu ponto de vista”* (Lazure 1994, p. 51). Pretende-se assim que exista a *“aceitação incondicional do outro, no respeito pela sua dignidade e numa compreensão profunda dos seus comportamentos e motivações”* (Phaneuf 2002, p. 330). Esta aceitação baseia-se na receptividade do outro, estando consciente da sua experiência, do *“seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança, o que constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda”* (Phaneuf 2002, p. 337).

O conceito de autenticidade designa a capacidade da enfermeira em *“ser franca, honesta e “real” nas intervenções com o cliente (...) quando se é autêntico há congruência entre o que é sentido e o que está sendo expresso”* (Townsend 2002, p.78). Este conceito é particularmente importante na medida em que nós somos os espelhos uns dos outros, onde todas as nossas particularidades comunicam. Na prática de cuidados, se não existir autenticidade, ou seja, se o enfermeiro não for genuíno e verdadeiro na abordagem com o outro, a relação carece de riqueza perdendo a sua essência.

A empatia exige que o enfermeiro se centre totalmente no cliente com o fim de identificar e de compreender bem o conteúdo das suas mensagens. (Lazure

1994, p. 77). Esta é *“um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seus lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria reviver as emoções”* (Phaneuf 1994, p. 347). Para que exista empatia é necessário que exista uma partilha com o indivíduo, validando essa mesma partilha e compreendendo a carga emocional que uma determinada situação provoca.

Dentro da comunicação não-verbal, não existe só o silêncio. Englobamos também aqui, as nossas posturas e atitudes corporais, os nossos gestos, o contacto visual, a nossa expressão facial, a voz, a respiração e o toque. O silêncio, em si, *“é muito eloquente: pode significar a integração do que acaba de ser dito(...) pode também traduzir a intensidade da procura da resposta mais pertinente, tendo em conta o que a precedeu (...) o silêncio pode significar o medo ou o sofrimento que impedem que as palavras saiam, ou uma alegria tão intensa que não pode ser explicada por palavras”* (Lazure 1994, p. 106). Este constitui-se inquestionavelmente como um elemento da comunicação, na medida em que numa comunicação terapêutica, dentro da relação de ajuda, existe uma reciprocidade na partilha de informação. Uma escuta activa pressupõe que o enfermeiro usa o silêncio como forma de mostrar a sua inteira disponibilidade para com o outro. No entanto é necessário não o usar de forma descontextualizada, já que *“momentos de pausa demasiado frequentes podem provocar a confusão, o embaraço ou conferir um carácter frio e directivo à entrevista”* (Phaneuf 2002, p. 42).

A maneira como comunicamos com o cliente através dos nossos gestos ou através da expressão facial pode constituir-se como factor inibidor para o cliente. Ao admitir que o enfermeiro lida com as variadas microculturas relativas aos clientes que cuida, constato que os valores e crenças do cliente “chocam” muitas vezes, com os referenciais do enfermeiro. É então necessário que haja uma abertura baseada no respeito, na compreensão e empatia de forma a se ultrapassarem divergências que se possam constituir como barreira à relação de ajuda e ao estabelecimento de objectivos terapêuticos. Assim o cuidar apresenta um valor e uma intencionalidade, sendo *“claramente, não apenas qualquer coisa, mas um ponto de partida, um local,*

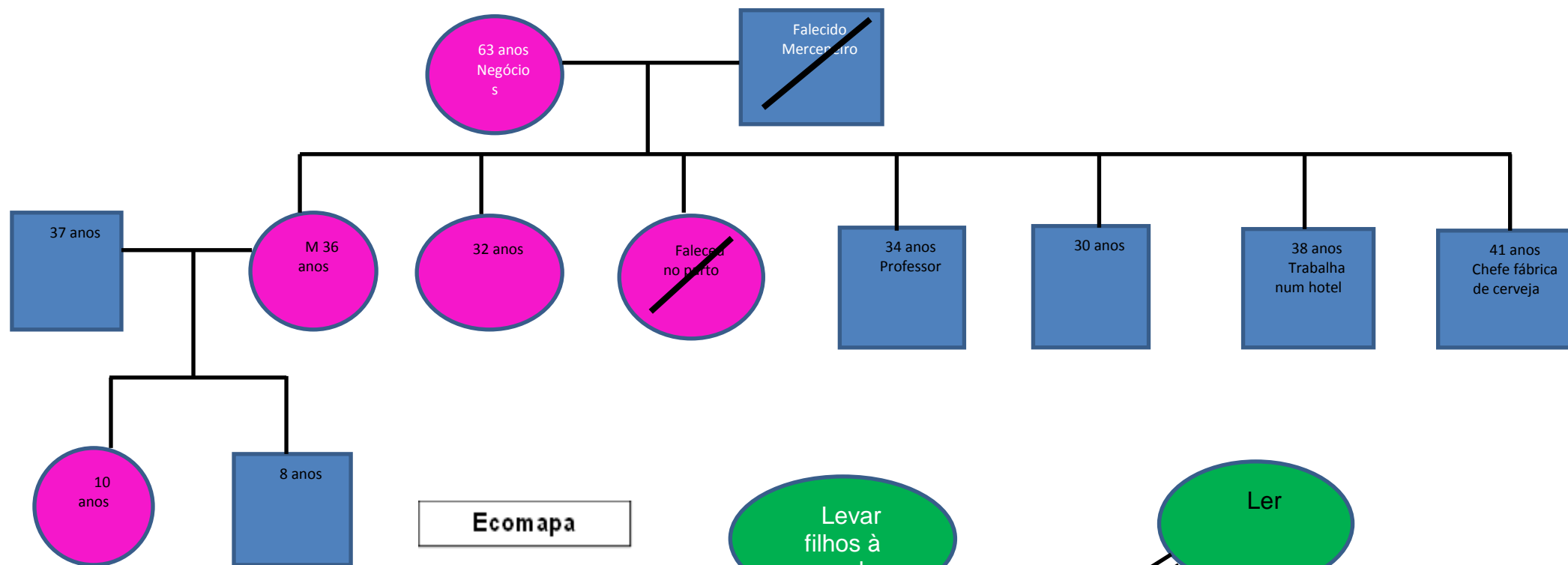
uma atitude, que terá de se tornar num desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em actos concretos” (Watson 2002, p. 60).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

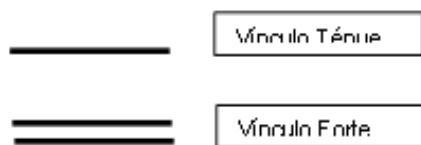
- Benner, Patrícia (2001). *De iniciado a perito: excelência poder na pratica clinica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Ed.;
- Bolander, Verolyn Rae (1998). Sorensen e Luckmann, *Enfermagem Fundamental*, Lusodidacta, Loures;
- Collière, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª Tiragem, Lisboa-Porto-Coimbra: LIDEL;
- Deglin, J.; Vallerand, A (2003). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*, 7ª edição, Loures: Lusociência;
- Freitas, Luís (2002). Desestigmatizando a Doença Mental , *In: Servir.* – ISSN 0871-2370. – Vol. 50, nº5 (Set. /Out.), p. 250-253;
- George, Julia B. (1993). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Hesbeen, Walter (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência;
- Jara, J.M. (2002). A Pessoa em Causa *In Razão Rencontrada*, Cap.9. Psiquiatria sem Estigma. Coimbra: Quarteto Editora;
- Johnson et al (2005). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, Artmed;
- Lazure, Hélène (1994). *Viver a relação de ajuda : abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta; ISBN 972-95399-5-2;

- Lopes, Manuel José (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau;
- Luis, Helena (2000). *Um doente mental na família*, In Servir – Vol Nº 48, nº 1 (Jan/Fev);
- McCloskey & Bulechek (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, Artmed;
- Montgomery, S. (1995). *Ansiedade e depressão*, 2ª edição, Lisboa: Climepsi ed;
- Navalhas & Jubilot, José Cassiano; Carlos Alberto (1996). *A Reabilitação da Pessoa Doente Mental No Contexto Do Cuidar Em Enfermagem*. In Hospital Júlio de Matos 3: 172-182;
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*, Loures: Lusociência;
- Novikoff, M. & Olié J. (1987). *101 respostas sobre a depressão*, Men Martins : Publicações Europa-América, colecção Arte de viver, volume 54;
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Peplau, Hildegard E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica* , 1ª ed. reimp. - Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 22 cm. - Tit. orig.: *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*;
- Phaneuf, Margot (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência;
- Phipps, Wilma et al (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* 6ª ed. - Lisboa: Lusodidacta;
- Rogers, Carl (1983). *Um jeito de Ser*. Editora Pedagógica e Universitária LTDA;
- Roseiro & Raposo, Alice; Germina (1992). *Tratamento e acompanhamento de doentes mentais*, In Servir, nº 42 – Nº 6, 303-310;

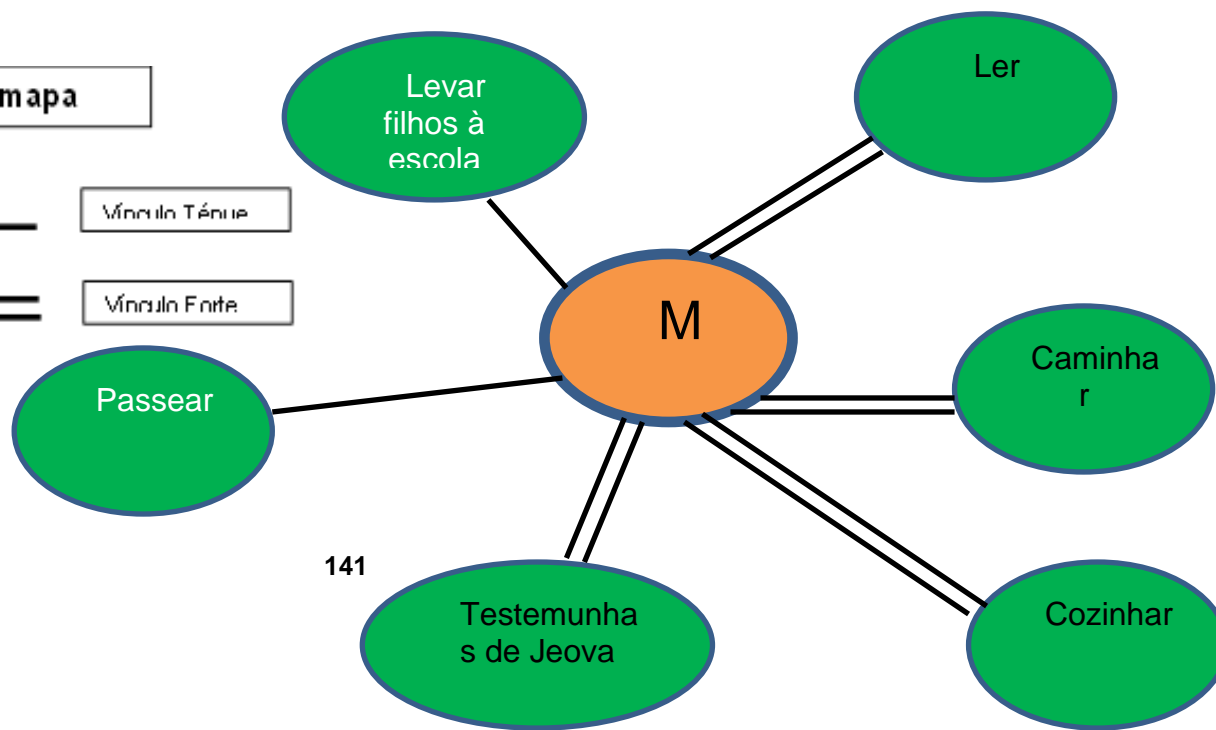
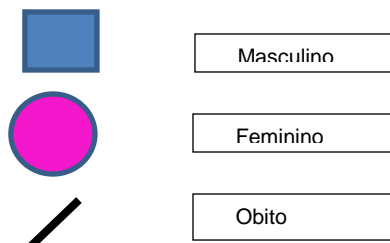
- Santos, José Carlos Pereira (1997). O Enfermeiro de Saúde Mental no Hospital Geral, *In: Sinais Vitais* nº 14 (Setembro) – p. 33-36;
- Stuart & Laraia (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*, 6th ed, Porto Alegre, Artmed;
- Toletti, Glória Esteves (2004). Representações dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem: contributos para a educação e o aprender em enfermagem. *Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Educacional*. Lisboa, 192 p;
- Townsend, Mary C. (2002). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3ª ed. - São Paulo: Guanabara Koogan, 835 p.; 28 cm;
- Watson, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência;
- Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*, 3ª ed., São Paulo: Roca.
- <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudeamental.pdf>.



Ecomapa



Genograma



APÊNDICE VIII

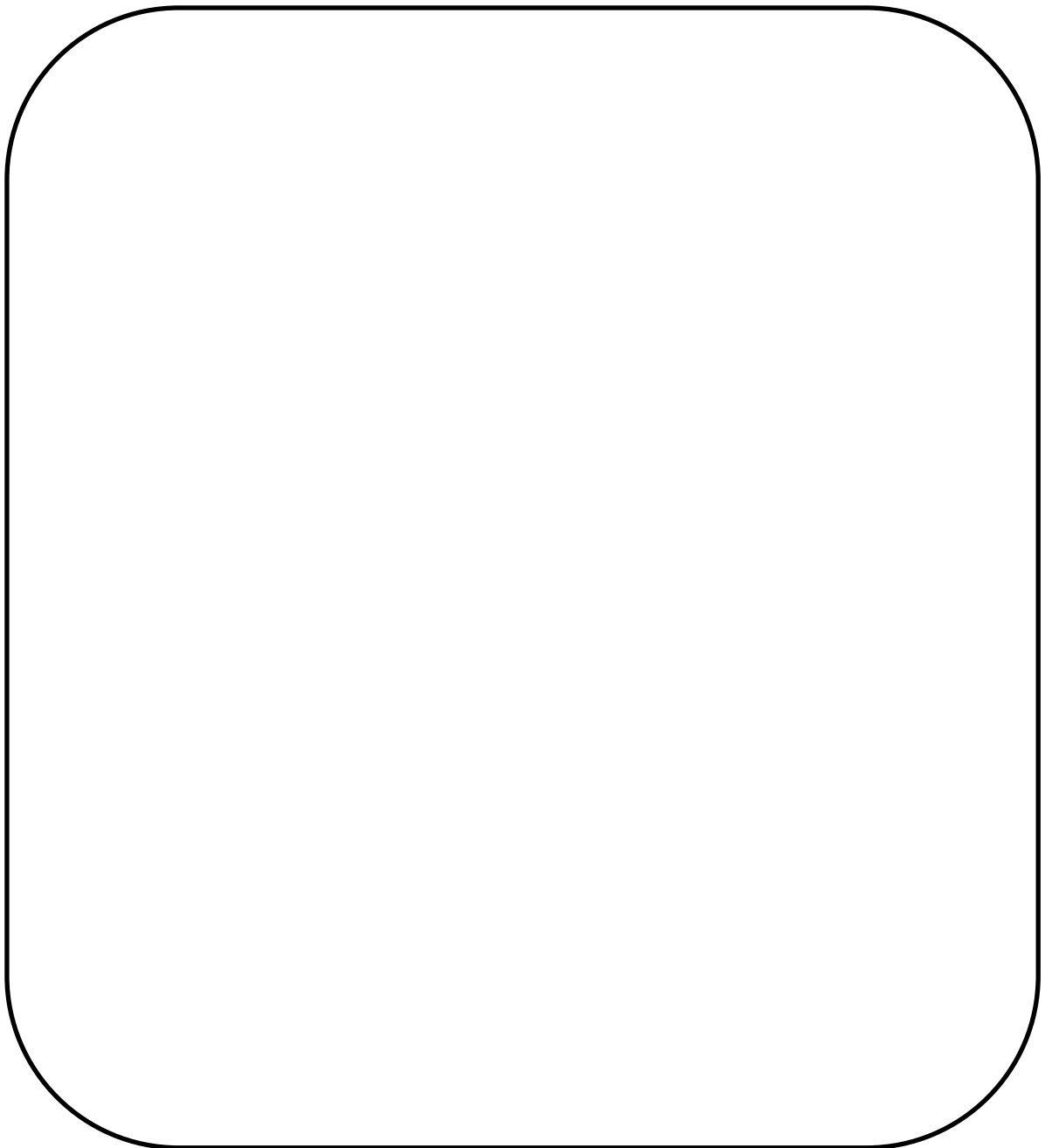
Folha de Necessidades de Informação

Psicoeducação

Nome:

Data:

Para que melhor o possamos ajudar, agradecia que, por palavras suas, descreve-se que necessidades de informação tem relativamente à sua situação de doença mental.



APÊNDICE IX

Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Programa de Psicoeducação da Esquizofrenia

Nome:

Data:

De forma a conhecer melhor quais as suas ideias/opiniões sobre a esquizofrenia, peço-lhe que leia cada questão e escolha uma única resposta por questão, assinalando-a com uma cruz. Deve escolher uma só resposta.

1 – A esquizofrenia é...

- a. algo que não existe ____
- b. uma doença do cérebro ____
- c. uma palavra para dizer mal de outra pessoa ____
- d. uma doença dos preguiçosos ____

2 – A esquizofrenia é algo que pode acontecer...

- a. a mães solteiras ____
- b. a qualquer pessoa no mundo ____
- c. a pessoas que não se alimentam e bebem pouca água ____
- d. nenhuma das anteriores ____

3 – A esquizofrenia é caracterizada por...

- a. falta de dinheiro ____
- b. a pessoa pensar, ver, ouvir, cheirar coisas, achar que a observam ou a perseguem sem ter provas ____
- c. dores de cabeça, má disposição e cansaço ____
- d. falta de higiene ____

4 – Na esquizofrenia, os sintomas que podem surgir são:

- a. insónia, dificuldades em concentrar ____
- b. falta de iniciativa, falta de prazer, falta de energia ____
- c. irritação, agitação, delírios, alucinações ____
- d. todas as anteriores ____

5 – O tratamento da esquizofrenia inclui...

- a. boa alimentação e exercício físico ____
- b. ir de férias para o estrangeiro ____
- c. medicação e reabilitação ____
- d. repouso e ver t.v ____

6 – A crise é uma situação de grande dificuldade de gestão que pode ser acompanhada de sentimentos de grande angústia e ansiedade. Um exemplo de crise poderá ser...

- a. conflito com um familiar ____
- b. morte de alguém próximo ____
- c. descompensação de uma doença ____
- d. todas as anteriores ____

7 – Antes de ocorrer uma crise podem aparecer alguns sinais de alerta. Estes podem ser:

- a. deixar de dormir ____
- b. deixar de fazer a medicação ____
- c. zanga e irritação ____
- d. todas as anteriores ____

8 – Para tratar a Esquizofrenia deve-se tomar...

- a. antidepressivos ____
- b. vitaminas para o esgotamento ____
- c. antipsicóticos ____
- d. chá verde e produtos da ervaíria ____

9 – Os antipsicóticos ajudam a pessoa a...

- a. ficarem mais organizadas no seu dia-a-dia ____
- b. a pensarem melhor e a relacionarem-se melhor com os outros ____
- c. aliviar as alucinações, os delírios e o isolamento ____
- d. todas as anteriores ____

10 – A pessoa com esquizofrenia deve aprender a lidar com a doença e deve:

- a. ter uma rede de suporte ____
- b. conhecer a sua doença e o seu tratamento ____
- c. manter rotinas de forma a conseguir organizar-se ____
- d. todas as anteriores ____

11 – Após o internamento é importante:

- a. mudar de cidade ____
- b. não se isolar e tomar a medicação ____
- c. ir trabalhar ____
- d. alimentar-se bem e fazer exercício físico ____

12 – É importante fazer uma alimentação cuidada...

- a. para prevenir doenças cardiovasculares e diabetes ____
- b. para não engordar ____
- c. porque é mais económico ____
- d. para se ser feliz ____

13 – A maioria das pessoas com esquizofrenia é fumadora e sente muita dificuldade em deixar de fumar. O tabaco aumenta bastante o risco de...

- a. enfarte do miocárdio ____
- b. cancro do pulmão ____
- c. bronquite crónica ____
- d. todas as anteriores ____

14 – O álcool é uma droga perigosa porque...

- a. é de fácil acesso ____
- b. provoca habituação e lesões graves no fígado ____
- c. leva ao isolamento da pessoa e dos seus amigos e familiares ____
- d. todas as anteriores ____

15 – As drogas como o haxixe, a cocaína, a heroína...

- a. provocam habituação ____
- b. dão prazer e depois ressaca ____
- c. podem provocar esquizofrenia ____
- d. todas as anteriores ____

16 – O stress pode ser provocado por:

- a. conflitos familiares ____
- b. morte de um familiar ____
- c. não tomar a medicação ____
- d. todas as anteriores ____

17 – É importante lidar com o stress porque...

- a. posso ter uma recaída e ficar doente ____
- b. posso ficar nervoso ____
- c. posso não arranjar trabalho ____
- d. nenhuma das anteriores ____

APÊNDICE X

Programa de Sessões Psicoeducativas



PROGRAMA DE SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO

Por Celso Fernando Pasadas

Sob orientação da Profª Francisca Roberto Manso

Lisboa, Setembro de 2013

ACOLHIMENTO: UM NOVO COMEÇO

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Apresentar as sessões de psicoeducação;
- Considerações gerais sobre a psicoeducação;
- Disponibilizar informação genérica sobre a doença;
- Dialogar sobre as formas de melhorar a adesão ao tratamento com vista à reabilitação;
- Conhecer recursos individuais para lidar com a doença;
- Expectativas positivas relativamente ao tratamento;
- Foco na pessoa que tem uma doença e não na doença;
- Troca de experiências;
- 1ª Avaliação.

Materiais

- Datashow.

Metodologia

- Exposição oral;
- Troca de experiências;
- Questionário de avaliação de conhecimentos/recursos psicossociais.

A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998, p.420). Esta definição reflecte a compreensão da abordagem integrada biopsicossocial da esquizofrenia e infere que os programas psicoeducativos dirigidos à parte psicossocial, bem como às componentes biológicas da esquizofrenia, têm grandes benefícios em termos de outcomes de saúde. Assim a psicoeducação fornece à pessoa doente e à sua família toda a informação sobre esquizofrenia e todos os aspectos de tratamento (Degmecié, Pozgain & Filakovié, 2007, p. 111).

A esquizofrenia é uma doença crónica e grave caracterizada pelo fraco insight e má adesão ao tratamento. É estimado que cerca de três quartos das pessoas com esquizofrenia irão apresentar recaídas frequentes e contínuas incapacidades (Brown et al, 2010).

A psicoeducação, no contexto da esquizofrenia, é uma técnica que visa melhorar a compreensão da doença pelas pessoas doentes e suas famílias, melhorando o seu comportamento e atitude face à doença. O indivíduo adquire um papel activo no tratamento da sua doença. Procura-se fornecer informação às pessoas doentes sobre vários *“aspectos da própria doença, de uma forma sistematizada, englobando areas como, os sintomas da doença, as suas possíveis etiologias, o tratamento e o curso da mesma, procurando melhorar a adesão à terapêutica e o próprio insight da pessoa doente face à doença”* (Cardoso 2008, p.350).

As abordagens psicoeducacionais têm sido desenvolvidas para aumentar o conhecimento das pessoas e o seu insight acerca da sua doença e maximizar a

eficácia do tratamento. Com o aumento de conhecimento é suposto que as pessoas consigam desenvolver mecanismos de coping para lidar de forma eficaz com a sua doença, melhorando o seu prognóstico. A crescente ênfase na educação reflecte varios factores: movimento do consumidor na saúde mental (direitos da pessoa – advocacy e empowerment); novo conhecimento e compreensão relativamente à biologia e patologia da esquizofrenia (tratar a esquizofrenia, como se fosse outra doença médica crónica) e a crescente evidência, mostrando que a educação é uma componente eficaz na compreensão da abordagem do tratamento a doenças mentais graves, incluindo a esquizofrenia (Landsverk & Kane, 1998, p.420). Um estudo de follow-up de 7 anos de *Munich Psychosis-Information Study* mostrou que as pessoas que participaram em programas psicoeducativos tiveram menos dias de internamentos no hospital psiquiátrico, sendo os números de 75 dias para 225 dias (grupo de controlo) (Rummel-Kluge, 2008).

Linhas Orientadoras:

- Informar sobre a confidencialidade das sessões;
- Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia. Poderão surgir conflitos, situações caricatas, chocantes, comoventes ou inaceitáveis);
- Informar sobre as formas de comunicação não permitidas (actos agressivos ou gestos amorosos);
- Informar sobre os programas de psicoeducação pelo mundo (As práticas educativas são comuns em várias patologias - doença cardíaca, diabetes, etc);
- Conhecer/trabalhar expectativas relativamente à doença, tratamento e à reabilitação.

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Informar sobre o significado do conceito saudável/doente;
- Informar sobre o conceito, manifestações e curso da esquizofrenia;
- Informar sobre a importância da adesão ao tratamento.

Materiais

- Datashow;
- Folhas A4.

Metodologia

- Exposição oral;
- Slide: “Saúde Mental / Doença Mental” e “O que é a Esquizofrenia?”;
- Distribuir folhas A4 para elaboração de respostas sobre o tema.

A saúde é um *“estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo (...) a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A esquizofrenia é um transtorno causado por diversos factores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno (Giacon & Galera, 2006). Os primeiros sintomas são muito comuns aparecerem na fase da adolescência, sendo a sua prevalência de 1%. Desta forma, o afastamento do mundo é considerado como característico da idade, o que leva a atrasar o diagnóstico e a mascarar a realidade. Por outro lado, as funções intelectuais da pessoa sofrem alterações. O curso desta doença é sempre crónico com marcada tendência à deterioração da personalidade do indivíduo (Neeb 2000, p.228). A esquizofrenia é uma doença de longa duração, durante o qual a pessoa experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família (Giacon & Galera, 2006). Quando existe uma crise pode surgir uma diversidade de sintomas (diferente de pessoa para pessoa).

Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente inicia-se de maneira insidiosa. Surgem sintomas prodromicos pouco específicos, incluindo: perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene. Podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. (Vallada Filho & Busatto Filho, 1996 mencionado por Silva 2006).

São característicos da esquizofrenia as alucinações, delírios, alterações do pensamento e da fala, perturbação das emoções e do afecto, deficits cognitivos e avolição (Silva, 2006). As alucinações e os delírios são frequentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais

ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as tácteis em 5% das pessoas e os delírios em mais de 90% deles (Pull, 2005 mencionado por Silva 2006).

As alucinações são falsas percepções, ou seja, percepções que ocorrem quando não existe um estímulo ou causa externa. As alucinações resultam de explicações erradas sobre a realidade (Pridmore, 2009). Os delírios são crenças falsas que continuam a ser aceites como verdadeiras na presença de provas. São crenças que não são partilhadas pelo público em geral (Pridmore, 2009). Segundo Pridmore (2009) os delírios podem ser categorizados de várias maneiras:

- ✓ Delírios bizarros – são absurdos e factualmente impossíveis. Envolvem frequentemente o sobrenatural e o misticismo;
- ✓ Delírios de grandiosidade – são crenças em que o indivíduo tem capacidades excepcionais (inteligência, beleza e influência);
- ✓ Delírios persecutórios – são crenças de que o indivíduo está a ser perseguido, vigiado ou importunado. Envolve frequentemente espiões, vizinhos, forças sobrenaturais;
- ✓ Delírios de referência – são crenças de que as acções dos outros são premeditadas e dirigidas ao paciente. Vulgarmente, os pacientes queixam-se sobre serem falados na televisão ou rádio. Os pacientes podem acreditar que a música tem letras dirigidas a ele. O simples facto de estarem pessoas a atravessarem a estrada e tossirem, pode ser interpretado como acções premeditadas;
- ✓ Delírios de controlo – envolve a crença que os outros estão a controlar os pensamentos e sentimentos do paciente;
- ✓ Delírios niilistas – são as crenças de que parte do indivíduo ou mundo externo não existe ou que está morto. Indivíduos financeiramente confortáveis podem achar que estão aruinados;
- ✓ Delírios somáticos – são crenças falsas sobre o corpo. Podem ser bizarras;
- ✓ Delírios de culpa – crença que o paciente têm de serem culpados por deliberadamente terem provocado dano a terceiros ou aos próprios. Podem acreditar que provocaram cancro numa pessoa conhecida;
- ✓ Delírios de ciúme – crença de que o companheiro está a ser infiel e que pode envolver comportamentos de confirmação;

- ✓ Delírio eróticos – são a crença de que outra pessoa está enamorada com ele;
- ✓ Delírios sistematizados – são unidos por um único tema. São extremamente detalhados e podem permanecer inalterados durante anos;
- ✓ Delírios não sistematizados – podem mudar em conteúdo e nível de preocupação, de dia para dia.

Os déficits cognitivos apresentam-se como características importantes da esquizofrenia. As pessoas com esquizofrenia demonstram um défice cognitivo generalizado e tendem a ter desempenhos mais baixos do que os grupos de controlo normais em uma variedade de testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais (Silva, 2006). A disfunção cognitiva pode ser detectada em 60-78% das pessoas com esquizofrenia (Goldberg et al 1988 mencionado por Pridmore 2008).

Segundo Andreasen et al (1982) mencionado por Pridmore (2008) os sintomas da esquizofrenia podem ser divididos em positivos e negativos. Os sintomas positivos constituem-se como integrantes da fase aguda e incluem as alucinações, delírios e alterações na forma e conteúdo do pensamento, tais como linguagem e discurso desordenados, descarrilamento de ideias, tangencialidade do discurso, neologismos, pressão da fala, fuga de ideias, aumento do tempo de latência de resposta ou mutismo.

Os sintomas negativos são os mais problemáticos da fase crónica da esquizofrenia e incluem a diminuição da expressão emocional (aplanamento), reduzidas capacidades em sentir prazer (anedonia), reduzidas capacidades interpessoais, isolamento social, reduzida motivação e desorganização e pobreza do pensamento. Embora estes sintomas sejam predominantes na fase crónica, eles podem também estar presentes no primeiro episódio psicótico ou podem mesmo preceder a fase prodromática da crise (Pridmore, 2008).

O tratamento da esquizofrenia assenta em *“três componentes principais: terapêutica para alívio de sintomas e recidiva; educação e intervenções psicossociais aos doentes e suas famílias, evitando recorrências e reabilitar os*

doentes a reintegrarem-se na comunidade e a recuperarem o funcionamento social, educacional e ocupacional” (Cardoso 2008, p.349). O curso da doença é variável de pessoa para pessoa. No entanto existe uma fase prodrómica, um episódio agudo, a estabilização e a fase estável com eventuais novos episódios agudos. O tratamento farmacológico é fundamental, na medida em que permite obter melhores resultados, sobretudo quando combinado com a intervenção psicossocial que tende a minimizar o impacto de acontecimentos derivados do contexto em que a pessoa doente vive. Apesar de existir grande quantidade de evidência que indica que os tratamentos disponíveis têm um efeito poderoso e eficaz no controlo da esquizofrenia, a aderência à terapêutica e aos tratamentos psicossociais é notoriamente baixa (Donohoe 2006, p.207).

As pessoas com esquizofrenia se aderirem ao tratamento, treinando e adaptando-se às desvantagens que a doença implica, podem funcionar num clima de estabilidade. A reabilitação psicossocial consiste em *“ajudar o outro a ser o autor da sua própria vida naquilo que ela pode ter de mais pessoal e original”* (Navalhas & Jubilot 1996, p. 172). A ênfase da reabilitação é colocada nas capacidades positivas do doente e na tentativa de obtenção de *“uma maior autonomização (...) tal perspectiva pressupõe uma intervenção multidisciplinar de apoio contínuo, de forma a que, de toda a acção resulte uma função integradora, que vise proporcionar ao doente uma maior integração familiar, social e profissional”* (Navalhas & Jubilot 1996, p. 173).

Linhas Orientadoras:

- Informar sobre o conceito de saúde e doença;
- Informar de forma geral sobre o que é a esquizofrenia (A esquizofrenia é uma doença que afecta qualquer pessoa; doença do cérebro; vulnerabilidade genética e stress; sinais precoces de alerta; crise (episódio agudo); estabilização da doença e sintomas residuais, tratamentos, evoluções e prognóstico).

SESSÃO Nº 2: A PREVENÇÃO É A CHAVE

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Informar sobre quais os sinais precoces de alerta;
- Informar sobre os factores associados à recaída;
- Informar sobre os tipos de estratégias para evitar a recaída;
- Informar sobre a importância de uma rede de suporte.

Materiais

- Datashow;
- Folhas A4.

Metodologia

- Exposição oral;
- Slide: “Sinais de Alerta da Recaída / Descompensação da Doença”;
- Distribuir Folhas A4 para elaboração individual dos sinais de descompensação;
- Debate e análise dos sinais de alerta;

- Entrega folhas sobre os sinais de alerta da recaída;
- Entrega folhas sobre locais de referência e redes de apoio.

As perturbações do espectrum da esquizofrenia são caracterizadas pela presença de sintomas psicóticos, deficits cognitivos, má qualidade de vida e deterioração psicossocial. Nos episódios agudos os sintomas são exacerbados e a sintomatologia pode ser variada (alucinações, alterações do pensamento, agressividade, alterações cognitivas). De todas as doenças que afectam as pessoas, a esquizofrenia é considerada a sétima mais incapacitante (WHO 2001 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1). Enquanto 1% da população tem esquizofrenia, 30% experiencia um conjunto de sintomas psicóticos até à idade dos 18 anos (Galdos et al 1993; McGrath et al 2008 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1). A maioria dos pacientes irão provavelmente experienciar múltiplos episódios de sintomatologia aguda que irão originar sequelas funcionais a longo prazo (Kasper 1999 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1).

Os factores associados à recaída além da má adesão à toma da medicação e/ou paragem da toma, são o consumo de substâncias, a elevada emoção expressa e a redução da dose do antipsicótico (Haddad et al 2010, p.33). A recaída leva normalmente ao absentismo laboral ou académico, levando muitas vezes à perda de emprego, ao abandono dos estudos. O estigma associado à doença exacerba frequentemente as repercussões sociais da recaída (Haddad et al 2010, p.34).

Linhas Orientadoras:

- Discussão e análise das respostas dadas sobre: “Sinais de Alerta da Recaída”;
- Informar sobre o padrão individual de descompensação da doença;
- Informar sobre como evitar a descompensação (toma da medicação, consultas, rede de suporte, partilha de sentimentos e percepções);
- Distribuição das folhas dos sinais precoces de alerta;
- Distribuição das folhas sobre locais de referência e redes de apoio.

SESSÃO Nº 3: UM DIA DE CHUVA

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Informar sobre quais as vulnerabilidades da esquizofrenia;
- Informar sobre as formas de tratamento da esquizofrenia;
- Informar sobre os fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia;
- Informar sobre as formas de administração da medicação;
- Informar sobre as consequências da suspensão da medicação.

Materiais

- Datashow;
- Folhas A4.

Metodologia

- Exposição oral;
- Slide com título: “Se não tomar a medicação...”;
- Distribuir Folhas A4 para elaboração individual das respostas.

Vários estudos têm permitido definir melhor os contornos do espectrum da esquizofrenia. O risco de desenvolver perturbações psicóticas da personalidade é maior nos familiares de um paciente esquizofrénico, em comparação com os de um sujeito de controle (Lowing et al 1983; Baron et al 1983, 1985; Frangos et al 1985; Coryell e Zimmerman 1988; Gershon et al 1988 mencionado por Dalery e d'Amato et al 2001, p 48.), se bem que em certos estudos a diferença não atinja o limiar de significância.

Foi relatado um risco de personalidade esquizo-típica proxima de 14,5% nos parentes em primeiro grau de pessoas esquizofrénicas (Baron et al 1983 mencionado por Dalery e d'Amato et al 2001, p 49). Estudos mais recentes confirmam a frequência elevada das personalidades esquizotípicas nos familiares de esquizofrénicos (Onstad et al 1991; Kendler et al 1993 mencionado por Dalery e d'Amato et al 2001, p 49). O risco de personalidade esquizotípica parece estar próximo de 7%, contra menos de 2% nos familiares dos sujeitos de controle ou superior a 2% contra 0,3%, o que constitui uma relação da mesma ordem apesar dos valores mais baixos.

O risco de aparecimento de uma personalidade paranóica é igualmente mais elevado nos parentes em primeiro grau de um candidato esquizofrénico, caso em que atinge 7,3 % contra 2,7% nos familiares dos sujeitos de controle (Baron et al 1985 mencionado por Dalery e d'Amato et al 2001, p 49). Maier et al (1994) mencionado por Dalery e d'Amato et al (2001, p 49), observaram o risco de 1,7% nos familiares de esquizofrénicos contra 0,9% nos indivíduos de controlo. O aumento do risco de personalidade esquizóide nos parentes em primeiro grau dos esquizofrénicos mantém-se controverso. O risco de aparecimento de uma personalidade estado limite poderia também ser superior nos familiares em primeiro grau de pacientes esquizofrénicos. Inversamente o risco da esquizofrenia parece ser idêntico nos familiares de sujeitos de estado limite ou esquizofrénicos (Schulz et al 1989 mencionado por Dalery e d'Amato et al 2001, p 50).

Alguns estudos revelam uma ligação familiar somente entre perturbações esquizoaffectivas e esquizofrenia, outros somente com as perturbações do humor ou simultaneamente com a esquizofrenia e perturbações do humor. O excesso de

patologias esquizoafectivas foi também observado nos familiares de sujeitos esquizoafectivos. Os indivíduos esquizoafectivos que conservam os sintomas psicóticos, estão mais aparentados no plano familiar com os esquizofrénicos. Observa-se um aumento do risco de depressão major nos parentes em primeiro grau de sujeitos com história familiar de esquizofrenia (Gershon et al 1988; Baron & Gruen 1991; Maier & Propping 1991; Maier et al 1993 mencionado por Dalery e d'Amato et al 2001, p 51).

Os estudos mostram que a esquizofrenia tem um trajecto heterogénio. Assim sendo, as pessoas são divididas relativamente ao seu grau de doença: baixo, moderado ou severo. Após um episódio psicótico inicial, mais de 20% das pessoas têm um bom prognóstico, com apenas um ou dois episódios psicóticos durante o período de recovery. Mais de um terço dos pacientes apresentam um pobre outcome e continuada sintomatologia psicótica negativa. Entre estes dois extremos situam-se a maioria das pessoas, sendo que mais do que a maior parte tem recaídas frequentes. As pesquisas indicam que as pessoas com esquizofrenia têm um conhecimento deficitário relativamente à sua medicação e doença e em lidar com os seus sintomas (Clarey, Dever & Schweizer, 1992; Luderer & Blocker, 1993 mencionado por Landsverk & Kane, 1998, p.421).

A falta de insight para a sua doença e para a necessidade de fazer medicação profilática para a recaída é um dos critérios fundamentais para a referência para um programa psicoeducativo. O insight torna-se um factor preditivo importante no curso das perturbações psicóticas, principalmente em relação à adesão ao tratamento (Amador; Strauss, 1993 mencionado por Cardoso 2008, p.348). O não reconhecimento persistente e grave da doença pode transtornar não apenas a relação da pessoa afectada com aqueles que ama e com os profissionais de saúde mental, como também a sua recuperação e impedir levar uma vida mais satisfatória e produtiva. É por esta razão que *“as intervenções que pretendem melhorar directamente o insight ou perceber as consequências negativas de um fraco insight (não adesão, isolamento social, indiferença a pessoas que lhes são queridas e sistema de saúde) deverão ser desenvolvidas”* (Cardoso 2008, p.349). O termo adesão implica uma participação activa da pessoa doente no plano de tratamento e não um seguimento passivo, acrítico das instruções terapêuticas recebidas.

A adesão à medicação é um problema frequente, não só para as pessoas com esquizofrenia, mas para as pessoas com doença crónica no geral (Cañas et al 2013, p.98). Problemas com a adesão à medicação são particularmente comuns durante os estágios iniciais da esquizofrenia, com cerca de 59% dos pacientes a tornarem-se parcialmente aderentes ou não aderentes, nos 12 meses que se seguem ao primeiro episódio psicótico (Coldham et al 2002 mencionado por Cañas et al 2013, p.98). Aproximadamente um terço dos doentes em ambulatório com esquizofrenia não são aderentes à medicação, com cerca de 75% dos pacientes com esquizofrenia a tornarem-se não aderentes à medicação após dois anos à alta hospitalar (Weiden & Zygmunt 1997 mencionado por Cañas et al 2013, p. 98).

O tratamento farmacológico na esquizofrenia consiste no uso de medicamentos antipsicóticos, chamados neurolépticos. Os antipsicóticos convencionais são antagonistas da dopamina e seu efeito resulta na diminuição dos sintomas positivos (delírios, alucinações, pensamento incoerente) e na produção de efeitos colaterais, principalmente os efeitos extrapiramidais, que têm como sintomas básicos transtornos dos movimentos (tremor, rigidez e bradicinésia, distonia e acatísia) (Giacon & Galera 2006). O uso prolongado e inadequado dos antipsicóticos típicos contribui para uma disfunção crónica e irreversível chamada discinésia tardia. Estes efeitos extrapiramidais são um dos principais factores que contribuem para a não adesão ao tratamento psicofarmacológico. Os antipsicóticos atípicos inibem os receptores da dopamina e serotonina, melhorando a sintomatologia positiva e ajudando no tratamento dos sintomas negativos sem efeitos extrapiramidais significativos (Giacon & Galera 2006).

Linhas Orientadoras:

- Discussão e análise das respostas dadas sobre: “Se não tomar a medicação...”;
- Informar sobre as consequências da suspensão da medicação (sintomas/efeitos);
- Informar sobre as formas de administração da medicação (comprimidos, comprimidos orodispersíveis, soluto, injectável, injectável de acção prolongada);
- Análise de estratégias para cumprir o tratamento.

SESSÃO Nº 4: MENTE SÃ, CORPO SÃO

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Informar sobre estilos de vida saudáveis;
- Informar sobre a importancia da articulação com o médico de família.

Materiais

- Datashow;
- Folhas A4.

Metodologia

- Exposição oral;
- Brainstorming;
- Distribuir folhas A4 para elaboração de ementas individuais;
- Folheto sobre a alimentação.

Em termos estatísticos, os homens com esquizofrenia tendem a morrer 20 anos mais cedo e as mulheres 15 anos antes do que a população em geral (Wahlbeck et al, 2011 em NICE Guidelines 2013. p.20). As pessoas com esquizofrenia têm duas a três vezes mais probabilidade de desenvolverem diabetes mellitus em comparação com a população em geral. Um estudo num hospital de Londres indicou que 39 (6.1%) das 606 pessoas internadas tinham diabetes ou tolerância à glicose alterada. Antes de serem diagnosticadas, as pessoas eram formalmente testadas à glicose, através de um procedimento de jejum à glicose; foram descobertos que 16% das pessoas tinham diabetes ou tolerância à glicose alterada (Taylor et al, 2005 em NICE Guidelines 2013, p.21). A prevalência da obesidade tem aumentado drasticamente na população em geral desde há 30 anos e tem escalado rapidamente nas pessoas com esquizofrenia (Homel et al, 2002 em NICE Guidelines 2013. p.22). As mudanças ambientais parecem ter provocado este aumento nas duas populações, mas na esquizofrenia poderão existir efeitos específicos tais como a susceptibilidade genética que tem acções aditivas ou sinergeticas para aumentar o peso no futuro. No entanto o factor mais importante para o aumento do peso é a toma de antipsicóticos, uma vez que são medicações obesogénicas. O aumento de peso leva à resistência insulínica e a outros impactos adversos tais como a dislipidémia, diabetes e hipertensão (NICE Guidelines 2013. p.22).

Uma vez que o primeiro episódio muitas vezes começa quando a pessoa esta na adolescência, o impacto dos antipsicóticos poderá coincidir com uma fase de desenvolvimento critica. Não só pode o ganho de peso prematuro levar a doenças metabólicas e a doenças cardiovasculares, mas também levar a restrições a nível do exercício físico levando a uma baixa de auto-estima (Vancampfort et al, 2011 em NICE Guidelines 2013. p.23).

O tabaco é uma grande problemática nas pessoas com esquizofrenia, situando-se em cerca de 70% os indivíduos fumadores (Brown et al 2010 em NICE Guidelines 2013. p.23).

O aumento rápido do peso nas fases iniciais de tratamento deve-se não só à medicação, mas também a uma dieta pobre em frutas e vegetais e rica em açúcar e gordura, falta de exercício físico e fraca motivação na mudança de comportamento.

Linhas Orientadoras:

- O bem-estar é algo que tem de ser trabalhado constantemente e implica atitudes e acções;
- Equilíbrio entre o stress, trabalho, vida afectiva, forma física, medicação e alimentação;
- Dieta polifraccionada (obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes);
- Exercício Físico (moderado, com aquecimento finalizando com alongamentos);
- Tabagismo (estimulante, relaxa, provoca dependência, aumenta o risco das doenças respiratórias, cardíacas e cancro. Interfere com a medicação);
- Reforço do vínculo ao centro de saúde e ao médico de família.

SESSÃO Nº 5:
O NEVOEIRO

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Informar de forma genérica sobre os principais tóxicos;
- Informar sobre o papel dos canabinóides no desenvolvimento da esquizofrenia.

Materias

- Datashow;
- Folhas A4.

Metodologia

- Exposição oral;
- Slide: “As pessoas tomam drogas porque...”;
- Slide: “Que substâncias tóxicas conhece? ”;
- Distribuir folhas A4 para elaboração de respostas.

Algumas substâncias que alteram o humor são bem aceites socialmente e são usadas tendencialmente com moderação. Estas incluem o álcool, a cafeína e a nicotina. A sociedade desenvolveu uma relativa indiferença a um abuso ocasional destas substâncias, apesar da documentação sobre o seu impacto negativo na saúde (Townsend 2011, p 458). Uma grande variedade de substâncias é produzida para fins medicinais. Estas incluem estimulantes do sistema nervoso central (SNC) tais como as anfetaminas, assim como inúmeras preparações vendidas sem receita, concebidas para aliviar praticamente todos os tipos de doenças. Algumas substâncias ilegais alcançaram um grau de aceitação social por diversos grupos subculturais na nossa sociedade (Townsend 2011, p 458).

A dependência física de uma substância evidencia-se por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua a usar a substância, apesar de problemas significativos relacionados com a mesma. Conforme a condição se desenvolve, a administração repetida da substância torna necessário o seu uso continuado para impedir o aparecimento dos efeitos desagradáveis característicos da síndrome de abstinência associada a esta substância em particular. O desenvolvimento da dependência física é promovido pelo fenómeno da tolerância. A tolerância é definida como a necessidade de doses cada vez maiores ou mais frequentemente de uma substância, de modo a obter os efeitos desejados produzidos originalmente por uma dose menor (Townsend 2011, p 459).

Um indivíduo é considerado psicologicamente dependente de uma substância quando existe um desejo avassalador de repetir o uso da mesma em particular, de modo a produzir prazer ou evitar desconforto. Pode ser extremamente forte, produzindo um desejo intenso (craving) por uma substância, assim como pelo seu uso compulsivo. A privação a substâncias constitui-se como uma alteração de comportamentos mal-adaptativos específicos da substância com concomitantes fisiológicas e cognitivas, que se deve à cessação do uso intenso e prolongado de uma substância ou a uma redução no mesmo (Townsend 2011, p 460).

Existe um factor genético que está envolvido no desenvolvimento das perturbações relacionadas com substâncias. Os filhos de alcoólicos têm três vezes mais probabilidade que as outras crianças de se tornarem também alcoólicos

(Harvard Medical School, 2001 mencionado por Townsend 2011, p 460) Os gémeos monozigóticos (um óvulo, geneticamente idênticos) têm uma concordância maior para o alcoolismo que os gémeos dizigóticos (dois óvulos, não idênticos geneticamente) (Andreasen & Black 2006 mencionado por Townsend 2011, p 460).

Uma segunda hipótese biológica diz respeito à possibilidade do álcool poder produzir no cérebro, substâncias semelhantes à morfina e que são responsáveis pela dependência de álcool. Estas substâncias são formadas pela reacção de aminas biologicamente activas (dopamina, serotonina) com produtos do metabolismo do álcool, como o acetaldeído (Jamal et al 2003 mencionado por Townsend 2011, p 460).

A abordagem psicodinâmica à etiologia do abuso de substâncias foca-se num superego punitivo e na fixação no estágio oral do desenvolvimento psicosssexual (Sadock e Sadock 2007 mencionado por Townsend 2011, p 461). Os indivíduos com superegos punitivos recorrem ao álcool para diminuir inconscientemente a ansiedade e aumentar sentimentos de poder e valor próprio.

Alguns traços de personalidade foram associados à tendência para o comportamento aditivo. A baixa auto-estima, a depressão recorrente, a passividade, a incapacidade de relaxar ou adiar a gratificação e a incapacidade de comunicar de modo eficaz são comuns em indivíduos que abusam de substâncias. O abuso de substâncias foi também associado à personalidade anti-social e a estilos depressivos de resposta. Isto pode ser explicado pela incapacidade do indivíduo com personalidade anti-social de antecipar as consequências aversivas do seu comportamento (Townsend 2011, p 461)

Os efeitos da modelagem, imitação e identificação do comportamento podem ser observados desde o início da infância. Em relação ao consumo de substâncias, a família parece ser uma influência importante. Vários estudos mostraram que crianças e adolescentes têm uma maior probabilidade de usar substâncias se tiverem pais que proporcionam um modelo do uso de substâncias. Os pares exercem frequentemente uma grande influência na vida da criança ou adolescente que está a ser encorajado a usar substâncias pela primeira vez.

Muitas substâncias criam uma experiência agradável que encoraja o consumidor a repeti-la. O ambiente no qual a substância é tomada também contribui

para o reforço. Se o ambiente for agradável, o uso da substância geralmente aumenta (Townsend 2011, p 461).

Os factores da cultura de um indivíduo ajudam a estabelecer padrões de uso de substâncias moldando atitudes, influenciando padrões de consumo com base na aceitação cultural e determinando a disponibilidade da substância. Há vários séculos que os franceses e italianos consideram o vinho uma parte essencial da refeição da família, mesmo para as crianças. A incidência da dependência do álcool é maior entre europeus do Norte que entre europeus do Sul. Os filandeses e os irlandeses consomem excessivamente álcool para libertar a agressividade. A incidência de dependência do álcool entre asiáticos é relativamente baixa. Isto pode ser o resultado de uma possível intolerância genética à substância. Alguns asiáticos desenvolvem sintomas desagradáveis, como rubor facial, cefaleias, náuseas e palpitações quando ingerem álcool. As pesquisas indicam que isto acontece porque os asiáticos possuem uma isoenzima variante que converte rapidamente o álcool em acetaldéido, devido à ausência de uma isoenzima que é necessária para oxidar o acetaldéido. Isto resulta numa rápida acumulação de acetaldéido, o que produz os sintomas desagradáveis (Hanley 2004 mencionado por Townsend 2011, p 461).

Devido aos seus efeitos agradáveis, os estimulantes do SNC têm um alto potencial de abuso. Muitos indivíduos que abusam ou são dependentes de estimulantes do SNC começaram a usar a substância devido ao seu efeito supressor do apetite, numa tentativa de controlar o peso (APA 2000 mencionado por Townsend 2011, p 471). São consumidas doses cada vez mais altas num esforço para manter os efeitos agradáveis. Com o uso continuado, os efeitos agradáveis diminuem e há um aumento correspondente dos efeitos disfóricos. No entanto, há um desejo (craving) persistente pela substância, mesmo face aos efeitos adversos desagradáveis decorrentes da ingestão continuada da substância. Os indivíduos que usam as substâncias de maneira episódica fazem-no com frequência num padrão binge com a substância, com doses muito altas seguidas de um ou dois dias de recuperação. Este período de recuperação caracteriza-se por sintomas extramamente intensos e desagradáveis (ressaca). O consumidor diário pode consumir doses grandes ou pequenas e pode usar a substância várias vezes por dia ou apenas num momento específico do dia. A quantidade consumida geralmente

aumenta com o tempo, conforme o desenvolvimento da tolerância. Os consumidores crónicos tendem a confiar nos estimulantes do SNC para se sentirem mais vigorosos, confiantes e decididos. A seguir à cafeína, a substância psico-activa mais largamente usada na sociedade dos Estados Unidos é a nicotina, um ingrediente activo do tabaco (Townsend 2011, p 471).

As perturbações devido a inalantes são induzidas através da inalação de substâncias como os combustíveis, solventes, adesivos, propulsores e aerossóis. Exemplos específicos destas substâncias incluem a gasolina, líquidos de isqueiro, cola, líquidos de limpeza, tinta em spray, etc. As substâncias inalantes são facilmente adquiridas, legais e baratas. Estes três factores tornam as substâncias inalantes na substância de eleição para pessoas pobres, crianças e jovens adultos. A sua utilização pode começar entre os 9 e os 12 anos e pode atingir o seu pico na adolescência (APA 2000 mencionado por Townsend 2011, p.473). A utilização de substâncias inalantes entre adolescentes está também associada ao aumento de probabilidade de perturbação de conduta ou de perturbação da personalidade antisocial.

O termo opióide refere-se a um grupo de compostos que inclui o ópio, derivados do ópio e substitutos sintéticos. Os opióides exercem efeitos tanto sedativos como analgésicos e os seus principais usos médicos são no alívio da dor. Estas substâncias têm propriedades de produção de dependência, ou seja, são capazes de induzir tolerância e dependência fisiológica e psicológica. Os opióides são substâncias de abuso populares uma vez que dessensibilizam um indivíduo de dores psicológicas e fisiológicas e induzem uma sensação de euforia. O desenvolvimento do abuso e da dependência de opióides pode seguir um de dois padrões de comportamento típicos. O primeiro ocorre no indivíduo que obtém a substância por prescrição do médico para alívio da sua sintomatologia. O abuso e a dependência ocorrem quando o indivíduo aumenta a quantidade e a frequência do uso justificando o comportamento como o tratamento do sintoma. O segundo padrão de comportamento associado ao abuso e à dependência de opióides, ocorre entre indivíduos que usam as substâncias para fins recreativos e as obtêm por fontes ilegais.

As substâncias alucinogénicas são capazes de distorcer a percepção da realidade de um indivíduo. Têm a capacidade de alterar a percepção sensorial e induzir alucinações. Por esta razão são por vezes designadas “expansoras da mente”. Algumas das manifestações foram comparadas a um surto psicótico. As alucinações experienciadas por um indivíduo com esquizofrenia, no entanto, são frequentemente mais auditivas enquanto as alucinações induzidas por substâncias são geralmente visuais (Mack, Franklin & Francês 2003 mencionado por Townsend 2011, p.476). As distorções perceptivas foram relatadas por alguns consumidores como uma sensação de despersonalização (observar-se a si mesmo a ter a experiência) ou estar em paz consigo mesmo e com o universo. Uma das experiências relatadas é a dos flashbacks ou de uma recorrência espontânea do estado alucinogénico sem ingestão da substância. Estes podem ocorrer meses após a substância ter sido tomada pela última vez. Muitas das substâncias alucinogénicas têm semelhanças estruturais. Algumas são produzidas sinteticamente enquanto outras são produtos naturais de plantas e fungos.

A marijuana, o tipo mais prevalente na preparação da cannabis, é constituída por ramos, flores e folhas secas da planta. O hashish é um concentrado mais potente da resina derivada dos topos fluorescentes da planta. Este óleo é uma forma muito concentrada de THC, produzida fervendo hashish no solvente e filtrando a parte sólida. Os produtos da cannabis são geralmente fumados sob a forma de cigarros enrolados. A cannabis pode ser tomada de forma oral quando preparada com os alimentos.

Várias linhas de evidência sugerem que a cannabis e outros canabinóides podem produzir um conjunto de sintomas psicóticos transitórios em uma consciência inalterada (Sewell et al 2010). Os sintomas psicóticos relatados com o uso dos canabinóides incluem: despersonalização, desrealização, paranóia, ideias de referência, fuga de ideias, pensamento acelerado, pensamento desorganizado, delírios persecutórios, delírios de grandeza, alucinações auditivas e visuais (Sewell et al 2010). Em doses moderadas, todas as substâncias derivadas da cannabis produzem efeitos que se assemelham ao álcool e a outros depressores do SNC. Ao deprimir os centros cerebrais superiores, liberta os centros inferiores das influências inibitórias. Os sintomas de abstinência em humanos são limitados a elevações de

irritabilidade, inquietação, insónia, anorexia e náuseas ligeiras. Todos estes sintomas aparecem apenas quando uma pessoa para de tomar uma dose alta de cannabis (Townsend 2011, p 478).

A exposição à cannabis esta associada *“a um impacto negativo no curso e na expressão da esquizofrenia”* (Sewell et al 2010). O consumo inalado de cannabis pode exacerbar os sintomas da esquizofrenia e o uso contínuo prediz a presença de mais sintomas psicóticos e piora o prognóstico de pessoas que já têm esquizofrenia (Sewell et al, 2010). A cannabis e os canabinóides naturais e sintéticos administrados por diferentes vias podem produzir um conjunto de sintomas positivos, sintomas negativos e déficits cognitivos em indivíduos saudáveis que se assemelham aos sintomas da esquizofrenia (Sewell et al 2010).

O início do consumo de cannabis pode preceder, suceder ou ser contemporâneo ao início da esquizofrenia (Sewell et al 2010). Em 69% de uma amostra de pacientes com esquizofrenia de um registo de casos suecos (n=112), o abuso de cannabis precedeu o início dos sintomas psicóticos em pelo menos um ano (Allebeck et al 1993 mencionado por Sewell et al 2010). Segundo Hambrecht e Hafner (2000) mencionado por Sewell et al (2010) em seu estudo, sobre pacientes com o primeiro episódio de esquizofrenia, constataram que em 37,9% dos indivíduos, o abuso de drogas foi subsequente ao primeiro sinal de esquizofrenia e em 34,6% dos indivíduos o primeiro sinal de esquizofrenia e de abuso de drogas começou no mesmo mês. Os canabinóides podem também induzir um conjunto de anormalidades fisiopatológicas que se sabe estarem igualmente presentes na esquizofrenia.

Substância	Intoxicação	Abstinência	Nomes Comuns
Álcool	Agressividade; Irritabilidade; Euforia; Depressão; Perturbação da atenção e do discernimento.	Tremores; Náuseas; Vómitos; Mal-estar; Taquicardia; Irritabilidade; Depressão; Alucinações; Cefaleias; Insónia; Convulsões.	Cerveja, Rum, Vodka, Bourbon, Licores, Vinho, Brandy, Champagne.

Anfetaminas	Lutas; Ideias de grandeza; Hipervigilância; Agitação psicomotora; Perturbação do discernimento; Taquicárdia, Sudorese; Náuseas e vômitos.	Ansiedade; Humor deprimido; Irritabilidade; Desejo pela substância; Fadiga; Insónia; Agitação psicomotora; Ideação paranóide ou suicida e Psicose.	Beleza Negra, Uppers, Bennies, Speeds.
Cocaína	Euforia; Lutas; Ideias de grandeza; Agitação psicomotora, Taquicárdia, Sudorese; Calafrios; Náuseas/vômitos, Alucinações e delirium.	Depressão; Ansiedade; Irritabilidade; Fadiga; Insónia; Agitação psicomotora; Ideação paranóide ou suicida; Apatia e retraimento social.	Coca, Floco de Neve, Pó Dourado, Pó Feliz, Crack, Gulosa.
Cannabis	Euforia; Ansiedade; Desconfiança; Sensação de abrandamento do tempo; Perturbação do discernimento; Retraimento social; Taquicárdia; Aumento do apetite.	Inquietação; Irritabilidade; Insónia; Perda do apetite e Psicose.	Marijuana, Erva, Relva, Charro, Hash, Corda, Doce.
Opióides	Euforia; Letargia; Sonolência; Apatia; Disforia; Perturbação do discernimento; Sonolência; Fala pastosa; Obstipação; Náuseas; Diminuição da frequência respiratória e da Pressão arterial.	Desejo pela substância; Náuseas/vômitos; Dores musculares; Lacrimar ou rinorreia; Diarreia; Febre e Insónia.	Heroína, Neve, Cavalo, Menino de Escola, Doutores, Coisa Negra.
Alucinogénios	Alucinações visuais; Desorientação; Confusão; Ilusões; Euforia; Ansiedade e	Agitação; Hiperactividade extrema; Violência; Alucinações; Psicose e	LSD, Pó de Anjo, Paz e Serenidade, Viagem de Negócios, Ácido, Cubo, Cogumelos Mágicos, Vulcões,

	Pânico.	Convulsões.	Pombas, Pastilhas.
Cafeína	Inquietação; Agitação; Excitação; Insónia; Queixas gastrointestinais; Contrações musculares e Arritmias.	Cefaleia	Café, Chá, Colas, Cacau, Estimulantes, Alguns medicamentos para a constipação.
Nicotina		Desejo pela substância; Irritabilidade; Raiva; Frustração; Ansiedade; Dificuldade de concentração; Inquietação; Diminuição da frequência cardíaca; Aumento do apetite; Aumento de peso; Tremores; Cefaleias e Insónia.	Tabaco
Sedativos hipnóticos e Ansiolíticos	Desinibição de impulsos sexuais ou agressivos; Labilidade do humor; Perturbação do discernimento; Fala arrastada; Descordenação; Perturbação da atenção ou memória; Confusão e Desorientação.	Náuseas/vómitos; Mal- estar; Fraqueza; Taquicárdia; Ansiedade; Irritabilidade; Hipotensão; Tremor; Insónia e Convulsões.	Benzodiazepinas, Rodinhas, Serenos.

Linhas Orientadoras:

→ Informar sobre as possíveis razões que levam as pessoas a consumir substâncias (As pessoas tomam drogas para: terem prazer, descontraírem, se desinibirem, ficarem mais sociáveis, não pensar sobre os problemas da vida, etc);

- Informar sobre os conceitos de prazer vs ressaca (sintomas físicos e efeitos de tolerância);
- Informar sobre os tipos de drogas e seus efeitos (drogas adulteradas);
- Informar sobre o papel das substâncias no desenvolvimento da esquizofrenia;
- Informar sobre as repercussões das drogas na pessoa com esquizofrenia (uso de drogas para atenuar a sintomatologia psicótica; interferência na eficácia terapêutica; agravamento da doença (re-hospitalizações); comportamentos agressivos; problemas legais; problemas financeiros; isolamento; instabilidade emocional; risco de infecção – HIV e Hepatites e maior risco de suicídio).

SESSÃO Nº 6: TEMPORAL À VISTA

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Informar sobre o conceito de stress;
- Estratégias em como lidar com o stress;
- Informar sobre os factores de sobrecarga;
- Envolver os clientes na elaboração de uma situação stressante;
- Discussão em grupo.

Materiais

- Datashow;
- Folhas A4.

Metodologia

- Exposição oral;
- Slide: “O que é o Stress?”;
- Distribuir folhas A4 para elaboração das respostas;

- Role-play;
- Debate.

O stress pode ser visto como uma reacção do indivíduo a qualquer mudança que exija uma adaptação ou resposta que pode ser física, mental ou emocional. As respostas direccionadas a uma estabilização dos processos internos biológicos e que preservem a auto-estima podem ser vistos como adaptação saudável ao stress (Townsend 2011, p.2). A resposta adaptativa foi definida como um comportamento que mantém a integridade do indivíduo (Roy, 1976 mencionado por Townsend 2011, p.2). A adaptação é vista como positiva e esta correlacionada com a resposta saudável. Quando o comportamento perturba a integridade do indivíduo, este é entendido como mal-adaptativo. As respostas mal-adaptativas do indivíduo são consideradas negativas ou não saudáveis. O stress pode ser visto de três perspectivas: como resposta biológica, como evento ambiental e como transacção entre o indivíduo e o ambiente.

Em termos de resposta biológica, podemos classificá-la em três estádios distintos: Estádio de Reacção de Alarme (respostas fisiológicas da síndrome de luta ou fuga); Estádio de Resistência (utilização das respostas do primeiro estádio como defesa numa tentativa de se adaptar ao agente stressor. Se ocorrer a adaptação, o terceiro estádio é evitado ou atrasado) e o Estádio de Exaustão (exposição prolongada ao agente stressor e ao qual o corpo se adaptou). A energia adaptativa esgota-se e o indivíduo já não consegue utilizar os recursos de adaptação descritos nos dois primeiros estágios. Podem ocorrer reacções de adaptação (dores de cabeça, doença mental, doença coronária), podendo levar à exaustão e à morte (Selye 1956; 1974 mencionado por Townsend 2011, p.3).

Em termos de acontecimento ambiental, o stress é definido como um evento que desencadeia as respostas adaptativas fisiológicas e psicológicas num indivíduo. O acontecimento cria uma mudança no padrão de vida, requerendo ajustamentos significativos ao estilo de vida e sobrecarrega os recursos pessoais disponíveis. A alteração pode ser positiva, tal como uma conquista pessoal espantosa, ou negativa, como ser despedido de um emprego.

Enquanto transacção entre o indivíduo e o ambiente são consideradas as características pessoais e a natureza do evento ambiental. Esta ilustração é semelhante ao conceito moderno de etiologia da doença. A casualidade já não é vista apenas como uma entidade externa; se a doença ocorre ou não, depende também da susceptibilidade do organismo receptor. Do mesmo modo, para prever o stress psicológico como reacção, devem ser consideradas as propriedades da pessoa em relação ao ambiente (Townsend 2011, p.5).

Lazarus & Folkman (1984) mencionado por Townsend (2011, p.5), definem stress como uma relação entre a pessoa e o ambiente que é entendida pela pessoa como algo que a sobrecarrega ou excede os seus recursos e põe em risco o seu bem estar. Um evento precipitante é um estímulo decorrente do ambiente externo ou interno e que é entendido pelo indivíduo de um modo particular.

A determinação de que uma relação pessoa/ambiente em particular é stressante, depende da avaliação cognitiva do indivíduo da situação. A avaliação cognitiva é a avaliação que o indivíduo faz do significado do evento ou ocorrência. O evento precipita a resposta da parte do indivíduo, e a resposta é influenciada pela avaliação do evento pela parte do indivíduo. A resposta cognitiva consiste numa avaliação primária e secundária.

Na avaliação primária, segundo Lazarus & Folkman (1984) mencionado por Townsend (2011, p. 5) identificam três tipos de avaliação primária: irrelevante, benigna/positiva e stressante. Um acontecimento é considerado irrelevante quando o resultado não tem qualquer significado para o indivíduo. Um evento benigno/positivo é entendido como aquilo que dá prazer a um indivíduo. Uma avaliação stressante inclui prejuízo/perda, ameaça e desafio. As avaliações de prejuízo/perda referem-se a danos ou perdas já vivenciadas pelo indivíduo. Avaliações de natureza ameaçadora são entendidas como danos ou perdas antecipadas. Quando um acontecimento é avaliado como desafiador, o indivíduo foca-se no potencial de ganho ou crescimento em vez de se focar nos riscos associados ao evento. O desafio produz stress, apesar das emoções associadas a ele (entusiasmo e excitação) serem vistas como positivas, e os mecanismos de coping devem ser evocados para enfrentar um novo encontro. O desafio e a ameaça podem ocorrer ao mesmo tempo quando um indivíduo experimenta estas emoções

positivas juntamente com o medo ou ansiedade devido aos possíveis riscos associados com o evento desafiador.

Quando é produzido stress em resposta ao prejuízo/perda, ameaça ou desafio, é feita uma segunda avaliação pelo indivíduo. Esta avaliação secundária é uma avaliação das capacidades, recursos e conhecimento que a pessoa possui para lidar com a situação. A interação entre a avaliação primária do evento que ocorreu e a avaliação secundária das estratégias de coping disponíveis, determina a qualidade da resposta de adaptação do indivíduo ao stress (Townsend 2011, p 5).

Uma variedade de elementos influencia o modo como um indivíduo percebe e responde a um evento stressante. Estes factores predisponentes influenciam fortemente a opção entre uma resposta adaptativa ou mal adaptativa. Os tipos de factores predisponentes incluem as influências genéticas, experiências passadas e condições existentes. As influências genéticas são aquelas circunstâncias de vida de um indivíduo que são adquiridas através da hereditariedade. São exemplos as condições físicas, a história familiar, condições psicológicas (forças e fraquezas) e o temperamento (características comportamentais presentes na altura do nascimento e que evoluem com o desenvolvimento).

As experiências passadas são experiências que resultam em padrões aprendidos que pode influenciar a resposta adaptativa de um indivíduo. Incluem a exposição previa ao agente stressor ou a outros agentes stressores, respostas de coping aprendidas e grau de adaptação aos anteriores agentes stressores. As condições existentes incorporam vulnerabilidades que influenciam a adequabilidade dos recursos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo para lidar com as necessidades adaptativas (Townsend 2011, p 7).

O primeiro modelo de vulnerabilidade ao stress foi proposto por Zubin e Spring (1977). Segundo os mesmos certos *“factores endógenos e/ou exógenos provocam um estado de crise em todos os indivíduos, mas tal depende da intensidade dos factores de stress e do limiar de tolerância individual; a crise pode ser contida por homeostase ou pode provocar um episódio patológico”* (Zubin e Spring 1977 citado por Dalery e d’Amato et al 2001, p.86). A vulnerabilidade encontra-se numa relação traço/estado com o episódio, onde resulta o interesse de diferenciar os marcadores de estado, que seriam específicos do episódio e os

marcadores de traço que seriam específicos da vulnerabilidade. Zubin e Spring (1977) privilegiaram uma abordagem ecológica para descrever o seu modelo, considerando que a saúde, num dado indivíduo, dependeria de factores físicos, socioculturais, educacionais e económicos do “nicho ecológico” que ele ocupa (Dalery e d’Amato et al 2001, p.87).

Os marcadores de vulnerabilidade (marcadores de traço) que existiriam somente nos esquizofrénicos, seriam identificáveis antes do aparecimento do primeiro episódio. Seriam independentes da evolução clínica e poderiam ser de origem familiar ou não. Os marcadores derivam, na sua maioria, dos modelos etiopatogénicos clássicos (neurobiológicos e perturbações das interações precoces).

Por oposição, existiriam também marcadores de invulnerabilidade cuja presença (ou ausência) nos familiares de pacientes esquizofrénicos, desempenharia um papel protector contra o aparecimento de um episódio psicótico. O aparecimento ou não de um episódio psicótico resultaria assim de uma interacção entre o grau de vulnerabilidade individual, os factores de stress e variáveis moderadoras ou protectoras (Zubin e Spring, 1977; Zubin e Steinhauer, 1981 mencionado por Dalery e d’Amato et al 2001, p 87).

Apesar do aparecimento destes modelos multifactoriais de vulnerabilidade, muitas investigações sobre a etiopatogenia da esquizofrenia mantiveram-se polarizadas nos factores genéticos e negligenciaram voluntariamente os aspectos ambientais. Zubin e Spring (1977) mencionado por Dalery e d’Amato et al (2001, p 88) diferenciam duas componentes da vulnerabilidade:

- Inata (origem genética, que se reflecte no “ambiente interno” e na neurofisiologia do organismo);
- Adquirida (origem ambiental, devido à influência de traumatismos, de doenças específicas, de complicações perinatais, de experiências familiares, da complexidade das interações na adolescência e de outros acontecimentos de vida).

Relativamente às experiências familiares, estas constituem-se como preponderantes na estabilidade da pessoa com doença mental grave. A emoção expressa é uma medida de observação do envolvimento familiar nas vidas das pessoas com esquizofrenia. Pessoas com esquizofrenia em que suas famílias expressem elevados níveis de crítica, hostilidade ou demasiado envolvimento, têm mais recaídas frequentes do que pessoas com esquizofrenia de famílias que tendem a ser menos expressivas das suas emoções (Pharoah et al, 2010 mencionado por Kritzinger et al 2011, p.141).

A emoção expressa é o maior stressor psicossocial e esta em directa associação com a recorrência da doença (Amaresha & Venkatasubramanian 2012, p. 12). Pesquisas sobre a E.E mostram que as pessoas com doença mental que vivem com familiares que têm atitudes negativas, têm mais probabilidade de recair. O constructo da E.E compreende os seguintes factores comportamentais: crítica (desvalorização da pessoa doente e/ou auto-crítica do próprio cuidador), hostilidade (atitudes que rejeitam a pessoa doente), envolvimento emocional excessivo (super-protecção para com a pessoa, auto-sacrifício excessivo, auto-identificação). Devido ao reduzido grau de insight e à incapacidade de se defenderem daquela situação, poderão desenvolver comportamentos agressivos e levar à violência física de ambos. Os comportamentos de E.E não são patológicos e únicos em famílias com pessoas com doença mental, mas podem ser determinantes em pessoas com doença mental, vulneráveis ao stress. O facto dos cuidadores apresentarem estes comportamentos significa que não compreendem ou aceitam a doença do familiar reflectindo que *“70% dos comentários críticos, focavam-se nos sintomas negativos da esquizofrenia e não nos delírios e alucinações das pessoas”* (Amaresha & Venkatasubramanian 2012, p. 13).

Assim torna-se importante trabalhar com as famílias e ajudar as pessoas com doença mental grave a reduzir o impacto que o stress tem nas suas vidas. Para tal torna-se importante analisar, educar e trabalhar as competências para que estas pessoas sejam capazes de resolver problemas e conflitos do dia-a-dia, promovendo a mudança de comportamento.

A terapia cognitiva tem as suas origens no início de 1960, na pesquisa realizada por Aaron Beck (1963) sobre a depressão. Na sua pesquisa clínica

emergiu a problemática do processamento cognitivo negativo nos pensamentos e sonhos nos seus doentes deprimidos (Beck & Weishaar, 2005 mencionado por Townsend 2011, p 300). Alguns teóricos inspiraram-se e expandiram o conceito original de Beck (1963). Os trabalhos dos terapeutas behavioristas contemporaneos também influenciaram a evolução da terapia cognitiva. Técnicas comportamentais como a expectativa de reforço e a modelagem são utilizadas no domínio cognitivo. O modelo da terapia cognitiva baseia-se na cognição de um indivíduo, mais especificamente, na avaliação cognitiva pessoal de um acontecimento pela parte de um indivíduo e nas emoções ou comportamentos daí resultantes. Enquanto algumas terapias podem visar a melhoria das estratégias de coping ou a adaptabilidade da resposta comportamental, a terapia cognitiva tem como objectivo a modificação das cognições distorcidas sobre uma situação.

A terapia cognitiva é um tipo de psicoterapia baseado no conceito de processamento mental patológico. O foco do tratamento é a modificação de cognições distorcidas e comportamentos mal adaptativos. A terapia cognitiva é actualmente utilizada num amplo conjunto de perturbações emocionais. Para além da depressão, a terapia cognitiva pode ser utilizada nas seguintes condições clínicas: perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, fobias sócias, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de stress pós-traumático, perturbações alimentares, abuso de drogas, perturbações da personalidade, esquizofrenia, problemas de casais, perturbação bipolar, hipocondria e perturbação somatoforme (Beck, 1995; Sadock & Sadock, 2007; Wright, Thase e Beck, 2008 mencionado por Townsend 2011, p 300). Segundo Beck et al (1987) os objectivos e principios da terapia cognitiva assentam:

- ❖ Monitorização dos pensamentos automáticos negativos;
- ❖ Reconhecimento das ligações entre a cognição, o afecto e o comportamento;
- ❖ Reconhecimento das evidências a favor e contra pensamentos automático distorcidos;
- ❖ Substituição das cognições tendenciosas por interpretações mais realistas;

❖ Identificação e alteração das crenças disfuncionais que predispõem a distorcer experiências.

A terapia cognitiva é orientada para os objectivos e concentra-se nos problemas. No início da terapia o cliente é incentivado a identificar o que entende como problema ou problemas. Com a orientação do terapeuta, os objectivos são estabelecidos como resultados da terapia. A resolução de situações angustiantes que se baseiam no presente leva geralmente à redução dos sintomas. Torna-se mais benéfico começar por problemas actuais, não direccionando a atenção para o passado até que o cliente expresse desejo de fazê-lo. A terapia cognitiva é educativa, permitindo ensinar o cliente a ser o seu próprio terapeuta enfatizando a prevenção de recaídas. É ensinado a estabelecer objectivos, planejar alterações comportamentais e a intervir em seu próprio nome (Townsend 2011, p 301).

Os pensamentos automáticos são aqueles que ocorrem rapidamente em resposta a uma situação e sem análise racional. Esses pensamentos são frequentemente negativos e baseados numa lógica errónea. Beck et al (1987) mencionado por Townsend 2011, p 301) chamaram a estes pensamentos erros cognitivos comuns; o indivíduo chega automaticamente a uma conclusão sobre um incidente sem os factos para a apoiar, por vezes mesmo com evidências contraditórias. Segundo Beck & Weishaar (2005) mencionado por Townsend (2011, p 303) as estruturas cognitivas podem ser definidas como estruturas cognitivas que contêm as crenças e pressupostos fundamentais de um indivíduo. As estruturas de crenças desenvolvem-se cedo na vida a partir da experiência pessoal e da identificação com entes queridos. Estas estruturas de crenças podem ser adaptativas ou mal adaptativas. Podem ser gerais ou específicas e podem ser latentes, tornando-se evidentes apenas quando desencadeadas por um estímulo stressante específico. As estruturas de crenças diferem dos pensamentos automáticos por serem estruturas cognitivas mais profundas, que servem para filtrar informações do ambiente. Por esta razão são frequentemente mais difíceis de modificar que os pensamentos automáticos.

Os três componentes principais da terapia cognitiva são: aspectos didáticos ou educacionais; técnicas cognitivas e intervenções comportamentais (Sadock & Wright, 2007; Thase & Beck, 2008 mencionado por Townsend 2011, p 303).

O terapeuta pode optar por guiar o cliente através de exercícios de imagens ou desempenho de papéis numa tentativa de produzir pensamentos automáticos. Através da produção de imagens guiadas, é pedido ao cliente que “reviva” a situação stressante imaginando o contexto em que esta ocorreu. Onde aconteceu? Quem estava lá? O que aconteceu imediatamente antes da situação stressante? Que sentimentos experienciou o cliente associados à situação?

Para ajudar o cliente a ver um leque mais amplo de possibilidades do que aqueles que tinham sido consideradas originalmente, o terapeuta guia o cliente na criação de alternativas.

Através da técnica “desconstruir catástrofes”, o terapeuta ajuda o cliente a examinar a validade de um pensamento automático negativo. Mesmo que exista alguma validade, o cliente é depois incentivado a rever modos adaptativos de lidar com o mesmo, ultrapassando a situação de crise actual.

Linhas Orientadoras:

- Informar sobre o conceito de stress e de vulnerabilidade;
- Stress como factor desencadeante da descompensação;
- Informar sobre o conceito de E.E;
- Capacitar os clientes para a utilização de algumas ferramentas psicoterapêuticas da linha cognitivo-comportamental para lidar com o stress;
- Role-play:

Situação Stressante:

Situação relacional entre pessoas

O que fazer?

- Tentar parar e reflectir;

- Ter toda a informação importante sobre o problema;
- Compreender qual é que é o conflito real;
- Compreender quais os obstáculos que estão a ser colocados;
- Elaborar respostas;
- Escolher a alternativa mais adequada;
- Pensar nas vantagens e consequências da decisão.

O que não fazer?

- Não agir de forma impulsiva;
- Não tirar conclusões precipitadas;
- Não partir para a agressividade.

BALANÇO FINAL: UM DIA DE CADA VEZ

Destinatários:

Participantes:

Faixa etária:

Nível de instrução:

Local:

Duração:

Data:

Objectivos

- Análise dos conteúdos apreendidos;
- Feedback da progressão das sessões;
- Diálogo em grupo;
- 2ª Avaliação de conhecimentos.

Materiais

- Datashow;
- Folhas A4.

Metodologia

- Exposição oral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Amaresha, A; Venkatasubramanian, G (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, Jan-Mar, Vol 34, Issue I;
- ✓ American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV, manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4ª ed. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 972-95908-6-9;
- ✓ Barreto, João in Serrão, Daniel; Nunes, Rui (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, p. 314-345;
- ✓ Barreto, E; Elkis, H (2007). Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. *Rev. Psiq. Clin.* 34, supl 2, 204-207;
- ✓ Bechdolf et al (2010). Randomized comparison of group cognitive behavior therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:144-150;
- ✓ Boutinet, J.P (1996). *Antropologia em Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget;
- ✓ Caderno Temático (2009). *MDP – Sistema de Individualização da Especialidade Clínicas em Enfermagem*, Siece;
- ✓ Cañas, F et al (2013). *Improving Treatment Adherence in Your Patients with Schizophrenia*. The Stay Initiative. *Clinical Drug Investigation*, 33:97-107;
- ✓ Cardoso, A (2008). O Insight em Psiquiatria. *Revista de Psicologia*, v. 20 – n.2, Jul./Dez., p.347-356;
- ✓ Casey, P; Kelly, B. (2007). *Fish Psicopatologia Clínica*. Lisboa. ISBN 978-989-95046-2-2;
- ✓ Chadzynska, M; Chadzynska, K (2011). The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation – the analyses from the patient's perspective. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2:67-72;
- ✓ Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel. Lisboa, p.381;

- ✓ Dalery, J & d'Amato, T (2001). *A esquizofrenia – Investigações Actuais e Perspectivas*. Climepsi Editores. Lisboa. ISBN 972-8449-78-x;
- ✓ Degmecié, D; Pozgain, I; Filakovié, P (2007). *Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia*. *Antropol.* 31; 4:1111-1115;
- ✓ Donohoe, Gary (2006). Adherence to Antipsychotic Treatment in Schizophrenia – What Role Does Cognitive Behavioral Therapy Play in Improving Outcomes? *Dis Manage Health Outcomes*, p.207-214;
- ✓ Duman et al (2010). The Effectiveness of a Psychoeducational Group Program with Inpatients Being Treated for Chronic Mental Illness. *Social Behavior and Personality*; 38(5), 657-666;
- ✓ Freitas, Luis (2002). Desestigmatizando a doença mental. *In: Servir*, Vol. 50, nº 5 (Set. /Out.), p. 250-253, ISSN 0871-2370;
- ✓ Gândara, M (2000). Como ser criativo no mundo actual. *In: Pensar Enfermagem*. Lisboa. Vol. 4, n.º 2 (2º sem), ISSN 0873-8904;
- ✓ Gândara, Maria Manuela in: Neves, Maria do Céu Patrão; Pacheco, Susana (2004). *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra. Gráfica de Coimbra, p.403 – 415;
- ✓ George, Júlia B. (1993). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.338;
- ✓ Giacon, B; Galera, S (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 40 (2):286-91;
- ✓ Goleman, D (1999). *Trabalhar com inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates, ISBN: 972-759-180-9;
- ✓ Gonçalves-Pereira et al (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Med Port*, 19:1-8;
- ✓ Gonçalves-Pereira, M; Xavier, M; Fadden, G (2007). O Modelo de Fallon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 2 (XXV): 241-255;
- ✓ Haddad, P (2010). The Cost of Relapse in Schizophrenia. *Mind & Brain, the Journal Of Psychiatry*. Review Article;

- ✓ Hesbeen, Walter (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Lusociência. Loures. 2001, p.220;
- ✓ Hesbeen, Walter (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuida*. Loures. Lusociência, p.201;
- ✓ Honoré, Bernard (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência;
- ✓ Jara, J (2002). *A Pessoa em Causa In Razão Reencontrada*, Cap.9. Psiquiatria sem Estigma. Coimbra: Quarteto. Editora;
- ✓ Kritzinger et al (2011). Family Therapy for Schizophrenia in the South African Context: Challenges and Pathways to Implementation. *South African Journal of Psychology*, volume 41 (2), June;
- ✓ Landesverk, S & Kane, C (1998). Antonovsky's Sense of Coherence: Theoretical Basis of Psychoeducation in Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19:419-431;
- ✓ Lazure, Hélène (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, ISBN 972-95399-5-2;
- ✓ Maldonado et al. (2009). Effects of a psychoeducational interventions program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc. Psychiatry Epidemiol*, p.343-348;
- ✓ Carvalho, R (2009). *Manual do Seminário de Psicopatologia E Expressão Nivel I da Formação da SPAT*;
- ✓ Marçal, Maria Teresa de Oliveira (1998). A análise conceptual na investigação em enfermagem. *In: Pensar enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904, V. 2, n.º 2, p. 4-8;
- ✓ Marques, Paula (2002). Consentimento Informado: O Fim do Silêncio. *In Revista Referência*, nº9, Novembro, p. 41-46;
- ✓ Martins, José (2004). Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento: percepções, atitudes e opiniões. *Revista Referência*, nº12. Novembro, p.15-24;
- ✓ McGorry, P et al (1998). The dimensional structure of first episode psychosis: an exploratory factor analysis. *Psychological Medicine*, 28, 935-947;

- ✓ Navalhas & Jubilot, José Cassiano; Carlos Alberto (1996). A Reabilitação da Pessoa Doente Mental No Contexto Do Cuidar Em Enfermagem – *In Hospital Júlio de Matos* 3: 172-182;
- ✓ Neeb, Kathy (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde mental*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- ✓ Neto, Mario (2000). Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Rev Bras Psiquiatr*, 22 (Supl I); p.45-46;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. *Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento do Exercício Profissional*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;
- ✓ Pacheco, Susana (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva Ética*, Lusociência. Loures;
- ✓ Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – *Coordenação Nacional Para a Saúde Mental*, Resumo Executivo;
- ✓ Prasko et al (2011). Psychoeducation for Psychotic Patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 155(4):385-396, DOI: 10.5507/bp.2011.008;
- ✓ Pridmore, S (2008). *Download of Psychiatry, Chapter 7*. Last Modified: Maio;
- ✓ Pridmore, S (2009). *Download of Psychiatry, Chapter 4*. Last Modified: September;
- ✓ Pridmore, S (2009). *Download of Psychiatry, Chapter 5*. Last Modified: September;
- ✓ Pridmore, S (2010). *Download of Psychiatry, Chapter 15*. Last Modified: June;
- ✓ Proposta do Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016;

- ✓ Rummel-Kluge et al (2008). Partial compliance with antipsychotic medication is common in patients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:382-388;
- ✓ Sewell et al (2010). Efeitos comportamentais, cognitivos e psicofisiológicos dos canabinóides: relevância para a psicose e a esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 32, supl 1, Maio;
- ✓ Sibitz, I et al (2007). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. A qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42:909-915;
- ✓ Silva, R (2006). Esquizofrenia: Uma Revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285;
- ✓ Toletti, G (2004). *Representações dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem: contributos para a educação e o aprender em enfermagem*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Educacional. Lisboa. p192;
- ✓ Tomey, A; Alligood, M (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*, 5ª Edição. Lusociência: Loures. p.766;
- ✓ Toshiaki et al. (2007). *Early prodromal symptoms and diagnoses before first psychotic episode in 219 inpatients with schizophrenia*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. p.348-354;
- ✓ Townsend, M (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência;
- ✓ Valencia, M; Juarez, F; Ortega, H (2012). Integrated Treatment to Achieve Functional Recovery for First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Research and Treatment*, 962371, doi:10.1155/2012/962371;
- ✓ Watson, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures.

APÊNDICE XI

Grelha das Sessões de Psicoeducação

Grelha das Sessões de Psicoeducação

Tema da Sessão	Objectivo	Materiais	Metodologia	Duração
Acolhimento: Um Novo Começo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar as sessões de psicoeducação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datashow; ▪ Folhas A4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral; 	25 min
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerações gerais sobre psicoeducação; 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troca de experiências; 	15 min
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar informação sobre a doença; ▪ Dialogar sobre as formas de melhorar a adesão ao tratamento com vista à reabilitação; ▪ Conhecer recursos individuais para lidar com a doença; 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionário de avaliação de conhecimentos/recursos psicossociais. 	20 min

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas positivas relativamente ao tratamento; ▪ Foco na pessoa que tem uma doença e não na doença; ▪ Troca de experiências; ▪ 1ª Avaliação. 			
<p>Sessão nº 1: Desmistificando a Doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre o significado do conceito saudável/doente; ▪ Informar sobre o conceito, manifestações e curso da esquizofrenia; ▪ Informar sobre a importância da adesão ao tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datashow; ▪ Folhas A4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral; ▪ Slide: “Saúde Mental / Doença Mental” e “O que é a Esquizofrenia?”; ▪ Distribuir folhas A4 para elaboração de respostas sobre o tema. 	<p>45 mim</p> <p>15 min</p>

<p>Sessão nº 2: A Prevenção é a Chave</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre quais os sinais precoces de alerta; ▪ Informar sobre os factores associados à recaída; ▪ Informar sobre os tipos de estratégias para evitar a recaída; ▪ Informar sobre a importancia de uma rede de suporte. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datashow. ▪ Folhas A4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral; ▪ Slide: “Sinais de Alerta da Recaída / Descompensação da Doença”; ▪ Distribuir Folhas A4 para elaboração individual dos sinais de descompensação; ▪ Debate e análise dos sinais de alerta; ▪ Entrega folhas sobre os 	<p>45 min</p> <p>15 min</p>

			<p>sinais de alerta da recaída;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega folhas sobre locais de referência e redes de apoio. 	
<p>Sessão nº3: Um Dia de Chuva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre quais as vulnerabilidades da esquizofrenia; ▪ Informar sobre as formas de tratamento da esquizofrenia; ▪ Informar sobre os fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia; ▪ Informar sobre as formas de administração da medicação; ▪ Informar sobre as 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datashow; ▪ Folhas A4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral; ▪ Slide: “Se não tomar a medicação...”; ▪ Distribuir Folhas A4 para elaboração individual das respostas. 	<p>45 min</p> <p>15 min</p>

	consequências da suspensão da medicação.			
Sessão nº4: Mente sã, Corpo sã	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre estilos de vida saudáveis; ▪ Informar sobre a importância da articulação com o médico de família. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datashow; ▪ Folhas A4. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral; ▪ Brainstorming; ▪ Distribuir folhas A4 para elaboração de ementas individuais; ▪ Folheto sobre a alimentação. 	<p>45 min</p> <p>15 min</p>
Sessão nº5: O Nevoeiro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de forma genérica sobre os principais tóxicos; ▪ Informar sobre o papel dos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datashow; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral; ▪ Slide: “As pessoas tomam 	45 min

	canabinóides desenvolvimento esquizofrenia.	no da	<ul style="list-style-type: none"> Folhas A4. 	drogas porque..."; <ul style="list-style-type: none"> Slide: "Que substâncias tóxicas conhece? "; Distribuir folhas A4 para elaboração de respostas. 	15 min
Sessão nº6: Temporal à Vista	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre o conceito de stress; Estratégias em como lidar com o stress; Informar sobre os factores de sobrecarga; Envolver os clientes na elaboração de uma situação 		<ul style="list-style-type: none"> Datashow; Folhas A4. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposição oral; Slide: "O que é o Stress?"; Distribuir folhas A4 para elaboração das respostas; 	20 min 15 min 25 min

	<p>stressante;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão em grupo. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Role-play; ▪ Debate. 	
<p>Balanço Final: Um Dia de Cada Vez</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise dos conteúdos apreendidos; ▪ Feedback da progressão das sessões; ▪ Diálogo em grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise dos conteúdos apreendidos; ▪ Feedback da progressão das sessões; ▪ Diálogo em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral; ▪ 2ª Avaliação de conhecimentos. 	<p>50 min</p>

APÊNDICE XII

Questionário sobre a Não Adesão Terapêutica

Não tomo a medicação porque...

- 1) Não estou doente ____
- 2) Já estou bom ____
- 3) Aborrece-me fazer todos os dias ____
- 4) São muitos comprimidos ____
- 5) Tenho dificuldade em organizar a medicação ____
- 6) Tenho dificuldade em me lembrar de tomar a medicação ____
- 7) outros motivos: _____

APÊNDICE XIII

Folha sobre Sinais Precoces de Alerta

SINAIS PRECOCES DE ALERTA

(Herz et al 2000; Gago, 2007)

Não tomar a medicação

Sentir-me tenso

Sentir-me deprimido

Sentir-me muito irritado

Sentir-me muito inquieto

Sentir-me muito alegre e confiante

Diminuição da necessidade de dormir

Dificuldades em pensar

Dificuldades em me concentrar

Ter pensamentos estranhos

Ter o pensamento acelerado

Ouvir vozes

Achar que os outros me querem mal

Achar que se passam coisas estranhas à minha volta

Achar que me andam a perseguir

Usar drogas

Usar álcool

Menos prazer nas coisas que me dão gozo

Isolamento Social

Gastar dinheiro em excesso

Alteração do apetite

APÊNDICE XIV

Folha sobre os Seis Passos de Resolução de Problemas

SEIS PASSOS PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

(Spivack et al 1976; D’Zurilla 1986 mencionado por Gonçalves-Pereira,
Xavier & Fadden 2007)

1. Identificar o problema de forma específica
2. Enumerar soluções alternativas
3. Avaliar vantagens e desvantagens de cada potencial de solução
4. Escolher a “melhor” solução
5. Planear a implementação
6. Rever os resultados do processo

APÊNDICE XV

Folha sobre a Quem Recorrer em caso de Crise

A QUEM RECORRER...

Sempre que precisar de falar ou desabafar recorra à sua família, amigo, vizinho...

Se acha que pode estar a desenvolver ou a ter uma crise, entre em contacto com o seu Enfermeiro de Referência e/ou com o seu Psiquiatra Assistente.

Enf^o de Referência

Espaço Terapêutico Comunitário _____

Serviço de Internamento _____

Em horários em que os serviços estão fechados ou numa emergência pode recorrer ao Serviço de Urgência da área da residência. Os Serviços de Urgência de psiquiatria na área de Lisboa são:

Hospital de S. José;

Hospital de Santa Maria;

Hospital Fernandes da Fonseca (Amadora-Sintra);

Hospital Francisco Xavier (Restelo);

Hospital Garcia de Orta (Almada).

Numa emergência poderá ainda utilizar o telefone nacional de socorro 112.

LISTA DE ASSOCIAÇÕES

A Farpa – Associação de Familiares e Amigos de Doentes Psicóticos
Apartado 115
2002 Santarém
Tel: 243 300 298
Fax: 243 300 295

ACARPS – Associação Comunitária da Amadora para a Reabilitação Psicossocial
Estr. De Alfragide, 34 R7C Dto., Buraca
2720 Amadora
Tel./Fax: 214 715 054

ACSMO – Associação Comunitária de Saúde Mental de Odivelas
R. Dário Canas, 4, 3º Dto.
2675 Odivelas
Tel./Fax: 219 341 138

AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial
Av. António José de Almeida, 26
1000-043 Lisboa
Tel: 218 453 580
Fax: 2180498 129

ARIA – Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda e Oeiras
Pç de Goa, 4
1400-184 Lisboa
Tel: 213 641 099/ 213 660 164
Fax: 213 660 165

ARSDOP – Associação de Reabilitação Social e Desinstitucionalização de Doentes
Psiquiátricos
Quinta de Arnes, Alfarelos
3130-003 Soure
Tel./Fax: 239 640 439

ASMFI – Associação de Saúde Mental Dr. Fernando Ilharco
Pcta. Fernando Pessoa, 1

2900-264 Setúbal
Tel./Fax: 265 534 824

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Lisboa
Tel.: 217 917 000
Fax: 217 950 949

Comunidade Vida e Paz
R. Domingos Bom Tempo, 7
1700-142 Lisboa
Tel.: 218 460 165
Fax: 218 495 310

FNERDM – Federação Nacional de Entidades de Reabilitação da Doença Mental
Av. António José de Almeida, 26
1000-043 Lisboa
Tel.: 210 168 465
Fax: 218 498 129

GAC – Grupo de Acção Comunitária
R. Victor Santos, Lote R-8, Loja R-8ª
1600-765 Lisboa
Tel.: 217 156 513
Fax: 217 169 301

GIRA – Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa
R. Luciano Cordeiro, 34, 1º
1150-216 Lisboa
Tel.: 218 878 102
Fax: 218 878 103

PERSONA – Associação de Apoio a Doentes Mentais Crónicos
R. Berthelot, 1 – Bairro da Cuf
2830-137 Barreiro
Tel./Fax: 212 060 999

Rumo – Cooperativa de Solidariedade Social
R. Dr. Agostinho Neto, Penteado
2860-552 Moita
Tel.: 212 388 390
Fax: 212 388 299

APÊNDICE XVI

Apresentação das Sessões de Psicoeducação aos Clientes



PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO SOBRE A ESQUIZOFRENIA

Formador: Celso Pasadas

Janeiro de 2014

APRESENTAÇÃO

3

ACOLHIMENTO

ACOLHIMENTO: UM NOVO COMEÇO

A psicoeducação fornece informação às pessoas doentes e suas famílias sobre:



ACOLHIMENTO: UM NOVO COMEÇO

Alguns princípios:

- Confidencialidade;
- Pontualidade;
- Não são permitidos actos agressivos ou gestos amorosos;
- Cada sessão terá a duração de 1 hora.

- ACOLHIMENTO: UM NOVO COMEÇO
- SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA
- SESSÃO Nº 2: A PREVENÇÃO É A CHAVE
- SESSÃO Nº3: UM DIA DE CHUVA
- SESSÃO Nº4: MENTE SÃ, CORPO SÃO
- SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO
- SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA
- BALANÇO FINAL: UM DIA DE CADA VEZ

7

DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Estigma

Saúde Mental

Doença Mental

O que é a Esquizofrenia?

Como é que a doença
vos têm afectado?

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

A saúde é o “ (...) reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Doença de longa duração

Períodos de crises e remissões

Esquizofrenia

Alteração do comportamento e do funcionamento, se não existir tratamento

Quando existe uma crise pode surgir uma diversidade
de sintomas (diferente de pessoa para pessoa).

(Giacon & Galera, 2006).

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Os primeiros sintomas são muito comuns aparecerem na fase da adolescência, sendo a sua prevalência de 1%. Desta forma, o afastamento do mundo é considerado como característico da idade, o que leva a atrasar o diagnóstico e a mascarar a realidade.

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Características da esquizofrenia



Alucinações
Delírios
Alterações do pensamento
Alterações da fala
Perturbação das emoções
Perturbação do afecto
Déficits cognitivos
Avolição

(Silva, 2006)

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

- As alucinações e os delírios são frequentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia;
- As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as tácteis em 5% das pessoas e os delírios em mais de 90% deles (Pull, 2005 mencionado por Silva 2006).

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Podem surgir:

- **Ideias delirantes** (ideias falsas ou atribuição de significados a situações que não são verdadeiras ou a acontecimentos que não são reais; os delírios podem fazer com que uma pessoa pense que os outros a estão a observar e a conspirar contra si ou que a TV ou o rádio estão a transmitir mensagens que lhe são especificamente dirigidas, sem terem uma prova de evidência que assim seja);
- **Alucinações** (as pessoas vêem, ouvem ou cheiram coisas que não existem; ouvir vozes é comum);

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Pode surgir:

- Discurso desorganizado ou incoerente;
- Comportamento desorganizado ou bizarro;
- Embotamento afectivo, falta de iniciativa, falta de vontade, ausência de prazer, isolamento.

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Geralmente dividem-se os sintomas da esquizofrenia em:

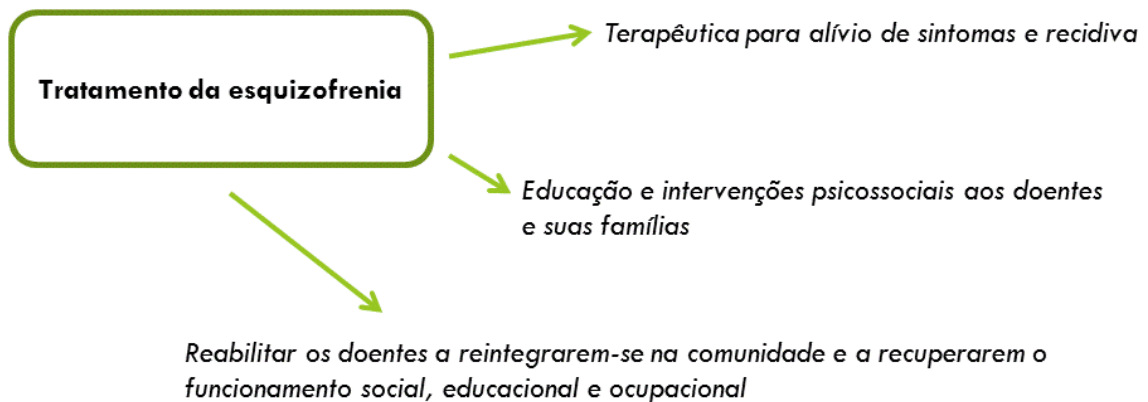
- **Sintomas positivos** – alucinações, delírios, agitação psicomotora;
- **Sintomas negativos** – falta de iniciativa, perda de motivação, diminuição do discurso, falta de energia, diminuição do prazer. Tendem a ser mais persistentes e mais resistentes ao tratamento;

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

Geralmente dividem-se os sintomas da esquizofrenia em:

- **Sintomas cognitivos** – reflectem um pensamento mais desorganizado. Os pensamentos aparecem e desaparecem rapidamente, dificultando a atenção e a concentração. Dificuldade em construir uma sequência lógica e/ou em planear;
- **Sintomas afectivos** – A ansiedade e a tristeza.

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA



(Cardoso 2008, p.349)

SESSÃO Nº 1: DESMISTIFICANDO A DOENÇA

As pessoas com esquizofrenia se aderirem
ao tratamento, treinando e adaptando-se
às desvantagens que a doença implica,
podem funcionar num clima de
Maior estabilidade.

A PREVENÇÃO É A CHAVE

Sinais de alerta da recaída

SESSÃO Nº 2: A PREVENÇÃO É A CHAVE

- De todas as doenças que afectam as pessoas, a esquizofrenia é considerada a sétima mais incapacitante (WHO 2001 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1);
- Enquanto 1% da população tem esquizofrenia, 30% experiencia um conjunto de sintomas psicóticos até à idade dos 18 anos (Galdos et al 1993; McGrath et al 2008 mencionado por Valencia, Juarez & Ortega 2012, p.1);

Como evitar a descompensação?

27

UM DIA DE CHUVA

Se não tomar a medicação...

SESSÃO Nº3: UM DIA DE CHUVA

O não reconhecimento persistente da doença pode transtornar não apenas a relação da pessoa afectada com aqueles que ama e com os profissionais de saúde mental, como também a sua recuperação e impedir levar uma vida mais satisfatória e produtiva.

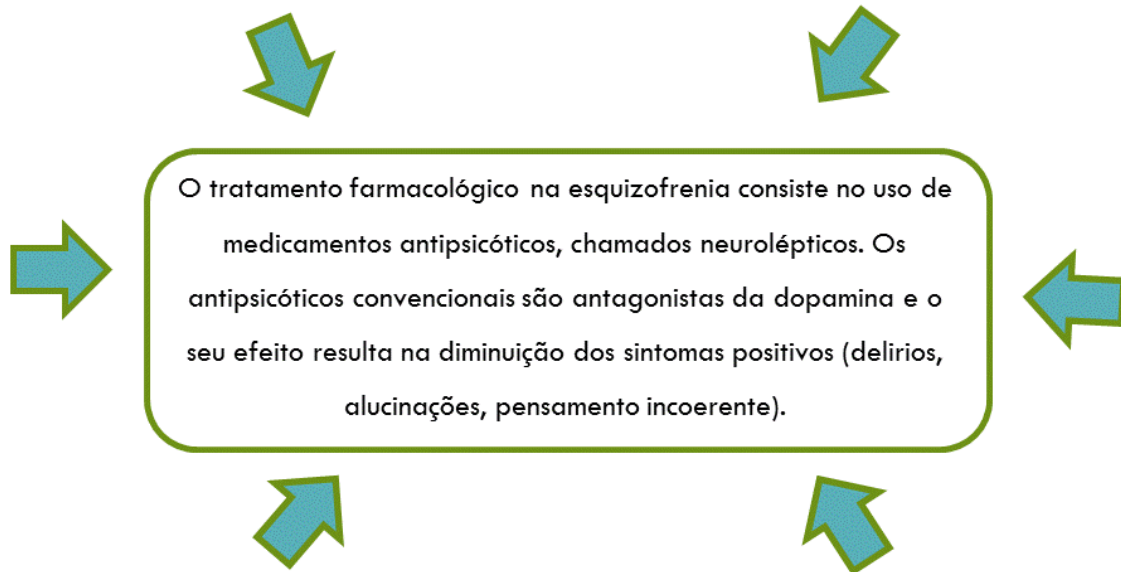
SESSÃO Nº3: UM DIA DE CHUVA

- A adesão à medicação é um problema frequente, não só para as pessoas com esta doença mas para as pessoas com doença crónica no geral (Cañas et al 2013, p.98).
- Durante os estágios iniciais da esquizofrenia, cerca de 59% dos pacientes tornam-se parcialmente aderentes ou não aderentes, nos 12 meses que se seguem ao primeiro episódio psicótico (Coldham et al 2002 mencionado por Cañas et al 2013, p.98).

SESSÃO Nº3: UM DIA DE CHUVA

- 1/3 dos pacientes com esquizofrenia não aderem à medicação;
- 75% dos pacientes com esquizofrenia deixam de aderir à medicação 2 anos após à alta hospitalar.

SESSÃO N.º3: UM DIA DE CHUVA



SESSÃO Nº3: UM DIA DE CHUVA

Formas de administração



Comprimidos
Comprimidos orodispersíveis
Solutos
Injectáveis
Injectável de acção prolongada

SESSÃO N°4: MENTE SÃ, CORPO SÃO

- As pessoas com esquizofrenia têm duas a três vezes mais probabilidade de desenvolverem diabetes mellitus em comparação com a população em geral;
- O aumento de peso leva à resistência insulínica e a outros impactos adversos tais como a dislipidémia, diabetes e hipertensão (NICE Guidelines 2013. p.22);

SESSÃO Nº4: MENTE SÃ, CORPO SÃ

O ganho de peso prematuro pode levar a doenças metabólicas e a doenças cardiovasculares, mas também levar a restrições a nível do exercício físico levando a uma baixa de auto-estima

(Vancampfort et al, 2011 em NICE Guidelines 2013. p.23)

SESSÃO Nº4: MENTE SÃ, CORPO SÃO

- O tabaco é uma grande problemática nas pessoas com esquizofrenia, situando-se em cerca de 70% os indivíduos fumadores (Brown et al 2010 em NICE Guidelines 2013. p.23).

O aumento rápido do peso nas fases iniciais de tratamento deve-se não só à medicação, mas também a uma dieta pobre em frutas e vegetais e rica em açúcar e gordura e falta de exercício físico

Ementa

SESSÃO N°4: MENTE SÃ, CORPO SÃO

- Dieta polifracccionada;
- Exercício físico;
- Ingestão de água;
- Não fumar;
- Articulação com o médico de família.

40

O NEVOEIRO

As pessoas consomem
drogas porque...

Que drogas conhece?

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Algumas substâncias que alteram o humor são bem aceites socialmente e são usadas tendencialmente com moderação:

- Álcool;
- Cafeína;
- Nicotina.

SESSÃO N°5: O NEVOEIRO

A dependência física de uma substância evidencia-se por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua a usar a substância, apesar dos problemas que esta causa.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

O desenvolvimento da dependência física é promovido pelo fenómeno da tolerância. A tolerância é definida como a necessidade de doses cada vez maiores ou mais frequentes de uma substância, de modo a obter os efeitos desejados produzidos originalmente por uma dose menor (Townsend 2011, p 459).

Síndrome de abstinência

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

- Craving;
- Uso;
- Dependência.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Factores que contribuem para o consumo de substâncias:

- Traços de personalidade;
- Família, grupo de pares;
- Cultura.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Efeitos agradáveis → alto potencial de abuso.

Com o uso continuado, os efeitos agradáveis diminuem e há um aumento correspondente dos efeitos nefastos, continuando a existir um desejo (craving) persistente pela substância.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

- O indivíduo pode consumir doses grandes ou pequenas e pode usar a substância várias vezes por dia ou apenas num momento específico do dia;
- A quantidade consumida geralmente aumenta com o tempo, conforme o desenvolvimento da tolerância.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

As perturbações devido a inalantes são induzidas através da inalação de:

- Gasolina;
- Líquidos de isqueiro;
- Cola,
- Líquidos de limpeza;
- Tinta em spray.

SESSÃO N.º5: O NEVOEIRO

Os opióides são substâncias de abuso populares uma vez que dessensibilizam um indivíduo de dores psicológicas e fisiológicas e induzem uma sensação de euforia.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

As substâncias alucinogénias são capazes de distorcer a percepção da realidade de um indivíduo. Têm a capacidade de alterar a percepção sensorial e induzir alucinações. Por esta razão são por vezes designadas “expansoras da mente”.

SESSÃO N.º5: O NEVOEIRO

Os produtos da cannabis são geralmente fumados sob a forma de cigarros enrolados. A cannabis pode ser tomada de forma oral quando preparada com os alimentos



SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Os sintomas psicóticos provocados pelo uso dos canabinóides incluem:

Delírios de grandeza

Alucinações auditivas e visuais

Delírios persecutórios

Paranóia

Fuga de ideias

Pensamento acelerado

Pensamento desorganizado

(Sewell et al 2010)

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Os sintomas de abstinência são:

- Irritabilidade;
- Inquietação;
- Insónia;
- Anorexia;
- Náuseas ligeiras.

SESSÃO N.º5: O NEVOEIRO

O consumo de cannabis pode exacerbar os sintomas da esquizofrenia

presença de mais sintomas psicóticos

sintomas positivos, sintomas negativos e déficits cognitivos

piora o prognóstico

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Substância	Intoxicação	Abstinência	Nomes Comuns
Álcool	Agressividade; Irritabilidade; Euforia; Depressão; Perturbação da atenção e do discernimento.	Tremores; Náuseas; Vômitos; Mal- estar; Taquicárdia; Irritabilidade; Depressão; Alucinações; Cefaleias; Insónia; Convulsões.	Cerveja, Rum, Vodka, Bourbon, Licores, Vinho, Brandy, Champagne.
Anfetaminas	Lutas; Ideias de grandeza; Hipervigilância; Agitação psicomotora; Perturbação do discernimento; Taquicárdia; Sudorese; Náuseas e vômitos.	Ansiedade; Humor deprimido; Irritabilidade; Desejo pela substância; Fadiga; Insónia; Agitação psicomotora; Ideação paranóide ou suicida e Psicose.	Beleza Negra, Uppers, Bennies, Speeds.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Substância	Intoxicação	Abstinência	Nomes Comuns
Cocaina	Euforia; Lutas; Ideias de grandeza; Agitação psicomotora; Taquicárdia; Sudorese; Calafrios; Náuseas/vômitos; Alucinações e delirium.	Depressão; Ansiedade; Irritabilidade; Fadiga; Insónia; Agitação psicomotora; Ideação paranoide ou suicida; Apatia e retraimento social.	Coca, Floco de Neve, Pó Dourado, Pó Feltz, Crack, Gulosa.
Cannabis	Euforia; Ansiedade; Desconfiança; Sensação de abrandamento do tempo; Perturbação do discernimento; Retraimento social; Taquicárdia; Aumento do apetite.	Inquietação; Irritabilidade; Insónia; Perda do apetite e Psicose.	Marijuana, Erva, Relva, Charro, Hash, Corda, Doce.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Substância	Intoxicação	Abstinência	Nomes Comuns
Opióides	Euforia; Letargia; Sonolência; Apatia; Disforia; Perturbação do discernimento; Sonolência; Fala pastosa; Obstipação; Náuseas; Diminuição da frequência respiratória e da Pressão arterial.	Desejo pela substância; Náuseas/vómitos; Dores musculares; Lacrimar ou rinorreia; Diarreia; Febre e Insónia.	Heroína, Neve, Cavalo, Menino de Escola, Doutores, Coisa Negra.
Alucinogénios	Alucinações visuais; Desorientação; Confusão; Ilusões; Euforia; Ansiedade e Pânico.	Agitação; Hiperactividade extrema; Violência; Alucinações; Psicose e Convulsões.	LSD, Pó de Anjo, Paz e Serenidade, Viagem de Negócios, Ácido, Cubo, Cogumelos Mágicos, Vulcões, Pombas, Pastilhas.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Substância	Intoxicação	Abstinência	Nomes Comuns
Cafeína	Inquietação; Agitação; Excitação; Insónia; Queixas gastrointestinais; Contrações musculares e Arritmias.	Cefaleia	Café, Chá, Colas, Cacau, Estimulantes, Alguns medicamentos para a constipação.
Nicotina		Desejo pela substância; Irritabilidade; Raiva; Frustração; Ansiedade; Dificuldade de concentração; Inquietação; Diminuição da frequência cardíaca; Aumento do apetite; Aumento de peso; Tremores; Cefaleias e Insónia.	Tabaco

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

Substância	Intoxicação	Abstinência	Nomes Comuns
Sedativos hipnóticos e Ansiolíticos	Desinibição de impulsos sexuais ou agressivos; Labilidade do humor; Perturbação do discernimento; Fala arrastada; Descordenação; Perturbação da atenção ou memória; Confusão e Desorientação.	Náuseas/vómitos; Mal-estar; Fraqueza; Taquicárdia; Ansiedade; Irritabilidade; Hipotensão; Tremor; Insónia e Convulsões.	Benzodiazepinas, Rodinhas, Serenos.

SESSÃO Nº5: O NEVOEIRO

- Interferência na eficácia terapêutica;
- Agravamento das rehospitalizações;
- Comportamentos agressivos;
- Problemas legais;
- Problemas financeiros;
- Instabilidade emocional;
- Risco de infecção HIV e hepatites;
- Maior risco suicídio.

Consequências

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

Stress

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

- stress pode ser visto como uma reacção do indivíduo a qualquer mudança que exija uma adaptação ou resposta que pode ser física, mental ou emocional.



As respostas direccionadas a uma estabilização



adaptação saudável ao stress



SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

Quando o comportamento perturba a integridade do indivíduo, este é entendido
como mal-adaptativo.



As respostas negativas ou não saudáveis

O stress pode ser visto de três perspectivas: como resposta biológica, como evento ambiental e como transacção entre o indivíduo e o ambiente.

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

A determinação de que uma situação em particular é stressante, depende da avaliação cognitiva do indivíduo da situação. A avaliação cognitiva é a avaliação que o indivíduo faz do significado do evento ou ocorrência.

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

Uma variedade de elementos influencia o modo como um indivíduo percebe e responde a um evento stressante:

- Genética;
- Experiências passadas;
- Experiências actuais.

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

- As experiências familiares constituem-se como preponderantes na estabilidade da pessoa doente.
- Torna-se importante analisar, educar e trabalhar as competências para que estas pessoas sejam capazes de resolver problemas e conflitos do dia-a-dia, promovendo a mudança de comportamento.

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

O modelo da terapia cognitiva baseia-se na cognição de um indivíduo, mais especificamente, na avaliação cognitiva pessoal de um acontecimento pela parte de um indivíduo e nas emoções ou comportamentos daí resultantes.



As estruturas cognitivas contêm as crenças do indivíduo. Estas desenvolvem-se cedo na vida a partir da experiência pessoal e da identificação com entes queridos.

Dramatização

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

O que fazer?

- Tentar parar e reflectir;
- Ter toda a informação importante sobre o problema;
- Compreender quais os obstáculos que estão a ser colocados;
- Elaborar respostas;
- Escolher a alternativa mais adequada;
- Pensar nas vantagens e consequências da decisão.

SESSÃO Nº6: TEMPORAL À VISTA

O que não fazer?

- Agir de forma impulsiva;
- Tirar conclusões precipitadas;
- Partir para a agressividade.

Obrigado pela vossa atenção
e
disponibilidade!!

Referências Bibliográficas

- Amaresha, A; Venkatasubramanian, G (2012) – Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. Indian Journal of Psychological Medicine, Jan-Mar, Vol 34, Issue 1;
- Cañas, F et al (2013) – Improving Treatment Adherence in Your Patients with Schizophrenia. The Stay Initiative. Clinical Drug Investigation, 33:97-107;
- Cardoso, A (2008) – O Insight em Psiquiatria. Revista de Psicologia, v. 20 – n.2, Jul./Dez., p.347-356;
- Dalery, J & d'Amato, T (2001) – A esquizofrenia – Investigações Actuais e Perspectivas. Climepsi Editores. Lisboa. ISBN 972-8449-78-x;
- Degmecié, D; Pozgain, I; Filaković, P (2007) – Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia. Antropol. 31, 4:1111-1115;
- Giacon, B; Galera, S (2006) – Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP, 40 (2):286-91;
- Haddad, P (2010) – The Cost of Relapse in Schizophrenia. Mind & Brain, the Journal Of Psychiatry. Review Article;
- Kritzinger et al (2011) – Family Therapy for Schizophrenia in the South African Context: Challenges and Pathways to Implementation. South African Journal of Psychology, volume 41 (2), June;
- Landesverk, S & Kane, C (1998) – Antonovsky's Sense of Coherence: Theoretical Basis of Psychoeducation in Schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing, 19:419-431;
- Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt;
- Sewell et al (2010) – Efeitos comportamentais, cognitivos e psicofisiológicos dos canabinóides: relevância para a psicose e a esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol 32, supl 1, Maio.

APÊNDICE XVII

Folha sobre uma Ementa Saudável



Tenha uma Alimentação Saudável !



Pequeno-Almoço

Cerais com leite ou 1 peça de fruta e 1 iogurte ou 1 sumo 100% de fruta e um pão com queijo magro

Meio da Manhã

1 iogurte ou 1 peça de fruta ou 1 pacote de leite dos pequenos ou 1 sumo de frutas (100%)

Almoço

Creme de cenoura com coentros
Bife de Perú grelhado com legumes cozidos, temperado com um fio de azeite
Pêra

Lanche

1 sumo de frutas (100%) e 1 pão com manteiga ou 1 pacote de leite e bolachas de aveia ou cereais com leite ou 1 peça de fruta e 1 copo de leite ou 1 sumo de frutas (100%) e bolachas

Jantar

Creme de Legumes
Pescada cozida com batata e salada de vegetais, temperada com especiarias e um fio de azeite
maçã

Ceia

1 pacote de leite dos pequenos ou 1 iogurte

Elaborado por:

Celso Pasadas
Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica

Referências DGS, Corbis.com

APÊNDICE XVIII

Folheto de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável

Não se esqueça...
Para uma boa
alimentação deve:

- ◆ Incluir sempre o pequeno-almoço no seu regime alimentar;
- ◆ Consumir de preferência peixe e carnes magras;
- ◆ Reforçar o consumo de frutas;
- ◆ Beber água simples (1,5 a 3l/dia);
- ◆ Evitar ingerir açúcar e produtos açucarados;
- ◆ Eliminar ou reduzir o consumo de sal;
- ◆ Não consumir bebidas alcoólicas;
- ◆ Efectuar pequenas refeições entre as refeições principais (pequeno almoço, almoço e jantar), bem como uma pequena ceia ao deitar;
- ◆ Efectuar uma boa higiene à boca e dentes.



Cada um é Responsável pela sua Saúde. Tenha uma Alimentação Variada, Completa e Equilibrada e pratique Actividade Física regular e moderada



Sempre que tiver dúvidas procure um Profissional de Enfermagem para o ajudar

Elaborado por:
Celso Pasadas,
Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica
Aluno de Mestrado do Curso de Pós-Licenciatura
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Referências: Sorensen & Luckmann (1998).
Enfermagem Fundamental : Abordagem
Psicofisiológica. Lisboa. Lusodidacta; www.dgs.pt;
Imagens: Corbis.com.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa



**Tenha uma
Alimentação
Saudável !**

Alimentação Saudável

Uma alimentação saudável é indispensável para o bom funcionamento e bem-estar de qualquer indivíduo.



Uma alimentação saudável deve fornecer ao indivíduo os nutrientes necessários ao crescimento, manutenção, reparação e renovação às células, tecidos e órgãos do seu corpo.

Para uma alimentação saudável:



◆Proporcione um ambiente calmo às refeições, bem como um horário regular;



◆Mastigue bem os alimentos;

◆Tome o pequeno-almoço diariamente e não salte refeições;



◆Ingira diariamente: fibras, fruta, legumes e vegetais;

◆Ingira água ao longo do dia (evite sumos e refrigerantes);



◆Prefira produtos frescos, aos embalados (evite enchidos, fumados, conservas, enlatados e produtos instantâneos);



◆Evite fritos, refogados, assados e molhos gordos;

◆Elimine ou reduza o consumo de sal. Poderá substituí-lo por especiarias;



◆Evite o consumo de açúcar e produtos açucarados (marmelada, compotas);



◆Não ingira bebidas alcoólicas;



◆Prefira gordura vegetal à gordura animal, em moderada quantidade;



◆Não coma em excesso;

◆Tenha uma boa higiene alimentar.

Roda dos Alimentos... O que É?

A Roda dos alimentos é uma representação num gráfico circular, que divide em segmentos de tamanhos diferentes os alimentos. Estes grupos têm alimentos com propriedades nutricionais semelhantes. As diferentes combinações destes alimentos, de forma diária, contribuem para uma alimentação saudável.



A Roda dos Alimentos



Para um adulto saudável:

Grupo I— Cereais e derivados;
Grupo II— Hortícolas;
Grupo III— Fruta;
Grupo IV— Lacticínios;
Grupo V— Carne, pescado e ovos;
Grupo VI— Leguminosas;
Grupo VII— Gorduras e óleos.



A Água, por fazer parte da constituição de quase todos os alimentos. Ocupa a posição central da Roda dos Alimentos. Recomenda-se que o seu consumo diário varie entre **1,5 e 3** litros por dia, salvo indicações específicas em contrário.

APÊNDICE XIX

Exemplo de Cronograma das Sessões Psicoeducativas

CRONOGRAMA DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO
3 a 7 de Fevereiro de 2014

Dias da Semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Horas					
09: ____					
10 : 00			Acolhimento: Um Novo Começo		
11 : 00					
12: ____					
13: ____					
14: ____					
15: ____					